

24, 237

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

IZTACALA U.N.A.M.

CARRERA DE CIRUJANO DENTISTA



NEOPLASIAS BENIGNAS EN CAVIDAD ORAL "CASOS CLINICOS"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
P R E S E N T A :
OSCAR MENDOZA RODRIGUEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E

PAGS.

INTRODUCCION..... 1

CAPITULO I

Constitución Anatómica de la cavidad oral..... 3

CAPITULO II

Historia Clínica..... 16

CAPITULO III

Definición y Generalidades de Neoplasias..... 25

CAPITULO IV

Reporte de Casos clínicos..... 41

P R O T O C O L O

NEOPLASIAS BENIGNAS EN CAVIDAD ORAL

En la práctica diaria, tanto estudiantes como profesionistas en ejercicio de la Odontología pasan por alto al efectuar la exploración clínica, la presencia de aumento de volumen que pueden significar neoplasias en la cavidad oral, esto representa un desinterés total por parte de la mayoría de los profesionistas que en muchos de los casos ven al paciente no como una entidad clínica sino como un objeto de lucro y satisfacción propia.

El objetivo principal al realizar ésta tesis es no únicamente hacer sobresalir un tema un poco olvidado, para recordarlo pues es fundamental y básico crear conciencia sobre un problema que a diario encontramos en la práctica odontológica como lo es el de las neoplasias, y a las cuales como ya lo enuncié no se les dá el debido interés y por consiguiente un tratamiento adecuado y satisfactorio.

La elaboración de éste documento fué impulsado por un problema clínico que se presentó en un paciente el cual había sido tratado anteriormente en un consultorio particular, éste recibió atención bucal a base de amalgamas, resinas y prostodoncia, olvidándose del todo de una tumoración que se presentaba en el ápex de la lengua y la cual por comentario de su dentista particular ésta desaparecería con el paso del tiempo, como es lógico ésta tumoración fué creciendo lentamente, al grado de ocasionar molestias a la masticación y deglución así como problemas de tipo anatómico.

Se atendió al paciente en una de las clínicas periféricas de Odontología y por investigaciones, análisis de laboratorio y a base de un buen método de exploración, se estableció el diagnóstico "papiloma" tumoración de tipo - benigno el cual fué tratado quirúrgicamente obteniendo un resultado positivo y satisfactorio.

Los enfermos depositan su confianza y se ponen en manos de los profesionistas para ser atendidos adecuadamente, por lo tanto es responsabilidad nuestra dedicar todas nuestras experiencias y conocimientos en la identificación y diagnóstico de una neoplasia, es posible lograr éste objetivo si pensamos en la conveniencia de un mejor entrenamiento para la identificación de las diferentes - neoplasias.

Los disturbios o modificaciones estructurales y - funcionales que se presentan las neoplasias benignas asumen las características de un estudio que nos induce a - descubrir los padecimientos que encierran éstas y a las - cuales trataremos de encontrar la manera de como identificarlas y curarlas, ya sea por procedimientos médicos o - quirúrgicos.

Mencionaré en ésta tesis, diferentes casos clínicos en los cuales se encuentran involucradas algunas neoplasias de tipo benigno y las cuales estudié su período - de iniciación, evolución y dando finalmente su tratamiento adecuado, todo éste trabajo se realizó en el departamento de Cirugía Bucodentomaxilar del Hospital de Pediatría del Centro Médico Nacional.

CAPITULO I

CONSTITUCION ANATOMICA DE LA CAVIDAD ORAL

La boca es una cavidad muy irregular comprendida - entre el orificio bucal y el Istmo de las Fauces. Los arcos de los maxilares superior e inferior, con las encías - y los órganos dentarios dividen a la cavidad bucal en dos partes a saber: VESTIBULO, espacio situado dentro de los labios y los carrillos y afuera de los dientes, y CAVIDAD BUCAL propiamente dicha situada dentro de las arcadas dentarias.

Sus límites son el paladar duro y paladar blando - en el TECHO, por la mandíbula que describe un arco alrededor de la lengua y tejidos blandos situados en el SUELO - o PISO DE BOCA, y hacia los LADOS por las paredes de los carrillos.

Su extensión comprende desde la hendidura labial, - la línea donde se tocan los labios, hasta la cara posterior de la lengua, donde se abre en la faringe. La mucosa que reviste la cavidad bucal consiste en epitelio escamoso estratificado, está humedecida por la secreción de las glándulas salivales y voluminosas glándulas labiales y buccales, su secreción es semejante a jalea diluida por líquido seroso, las glándulas tienen principalmente carácter mucoso como lo son las palatinas y linguales posteriores. El volumen de la saliva aumenta por secreción que vierten tres pares de glándulas salivales voluminosas: - Las glándulas parótidas, submaxilares y sublinguales que-

a continuación describiremos brevemente.

GLANDULA PAROTIDA: Es la glándula más voluminosa, es de color amarillo, lobulada y de forma semejante a una cuña, presenta tres caras, una externa, otra posterointerna y la anterointerna. La cara externa de forma aproximadamente triangular se superpone al músculo esternocleidomastoideo hacia atrás, pasa por debajo del arco cigomático adelgazándose sobre la porción posterior del músculo masetero y se agudiza hasta el extremo inferior aproximadamente en el ángulo del maxilar inferior donde la glándula cubre el vientre posterior del músculo digástrico y está separada de la submaxilar sólo por el ligamento estilomaxilar. El conducto parotídeo de Stenon nace de la parte anterosuperior de la glándula y se dirige hacia adelante cruzando el músculo masetero, entre el conducto y el arco cigomático está situada la porción más anterior de la glándula, que en ocasiones se halla separada; recibe el nombre de parótida accesoria.

Los vasos y nervios que la atraviesan: La arteria carótida externa asciende profundamente en relación con la glándula, atraviesa su cara posterointerna y aproximadamente a la altura del cuello del arco dentario inferior, se bifurca en arteria maxilar interna que se dirige hacia adelante desde la cara anterointerna de la glándula parótida, profundamente en relación maxilar, y en arteria temporal superficial, que continua ascendiendo y sale por el ángulo posterosuperior para cruzar el arco cigomático; el nervio facial entra en la cara posterointerna y se divide en sus ramas terminales que salen por debajo del borde anterior. El nervio auriculotemporal sigue su curso detrás del cóndilo del maxilar inferior y sale del borde

superior de la glándula hacia atrás de la arteria temporal superficial.

GLANDULA SUBMAXILAR: Esta es de color amarillo más claro, lobulada, del volumen de una castaña y plegada sobre sí misma rodeando el borde posterior del músculo milohioideo; su porción principal está en el canal que forman la mandíbula y el músculo milohioideo, y su prolongación anterior o cola, más pequeña, está cubierta por el músculo.

La porción principal o superficial; incluida en el triángulo digastrico, está adosada lateralmente a la zona ósea lisa de la fosilla submaxilar y al pterigoideo interno, y sobresale de la mandíbula más o menos hacia abajo; la cara interna está en contacto con el músculo, vasos y el nervio milohioideos, el tendón del digástico y la inserción del estilohioideo; la cara inferior está separada de la piel sólo por la delgada capa del músculo cutáneo del cuello, la vena facial y el filete cervical del nervio facial, el conducto submaxilar o de Wharton comienza en la porción principal de la glándula submaxilar y continúa hacia adelante sobre el músculo geniogloso, cruzando una curva del nervio lingual que primero desciende por fuera del conducto y después asciende por dentro del mismo. El conducto cambia de dirección haciéndose medial en relación con la glándula sublingual, asciende a la mucosa del suelo de la boca y se abre en el tubérculo sublingual al lado del frenillo lingual.

La porción principal o superficial de la glándula puede palparse durante la deglución, haciendo presión con

tra el milohioideo tenso situado hacia atrás. Asimismo la glándula puede palpase entre el índice introduciendo por la boca el pulgar colocado por dentro del ángulo del maxilar, pues está separada de los dedos sólo por mucosa hacia adentro y piel y el músculo cutáneo del cuello hacia afuera.

Los vasos de la glándula son ramas de las arterias faciales y lingual y sus vasos acompañantes, su inervación está a cargo del nervio trigémino.

GLANDULA SUBLINGUAL: Tiene forma de almendra, mide aproximadamente 3.75 cm. de largo está situada inmediatamente debajo de la mucosa bucal; el extremo anterior queda cerca de la porción anterior del frenillo y casi toca la glándula del lado opuesto, el borde superior dirigido hacia afuera, eleva a la mucosa en el pliegue sublingual. La cara externa está adosada a la fosita sublingual del maxilar inferior; la cara interna guarda relación con el músculo geniogloso, el hiogloso, el nervio lingual y el conducto de Wharton, el extremo posterior alcanza a la glándula submaxilar y el borde inferior está adosado al músculo milohioideo, la glándula no posee un compartimiento propio, sus lóbulos son pequeños unidos de manera laxa por tejido areolar, presenta 12 o más conductos sublinguales de pequeño calibre que se desprenden del borde superior y se abren en el pliegue sublingual, sus orificios son demasiado pequeños para observarlos deben estar secretando saliva y esta a su vez desemboca en pequeñas papilas.

Su inervación e irrigación es la misma que la de la glándula submaxilar.

PARED DEL CARRILLO: Está formada por el músculo - buccinador y un pelotón subcutáneo de tejido adiposo. La bolsa adiposa de Bichat, perfectamente definida en el recién nacido. El músculo buccinador mantiene los alimentos entre los dientes apartándolos del vestíbulo hacia la parte posterior de la mejilla, el masetero cubre a la rama ascendente del maxilar inferior, músculo y hueso se palpan fácilmente desde el vestíbulo si se contrae y relaja - alternadamente el masetero, el borde anterior de la rama del maxilar asciende por atrás de la cara distal del último molar inferior hasta la apófisis coronoides.

También cabe palpar el ligamento pterigomaxilar - (rafé) que forma la inserción posterior del músculo buccinador; con la boca completamente abierta puede observarse el ligamento completamente tenso debajo de la mucosa, extendiéndose desde su inserción inferior en el maxilar por atrás del último molar hasta la parte superior en el gancho del ala interna de la apófisis pterigoides se aprecia una pequeña depresión entre éste ligamento tenso y la rama de la mandíbula que corresponde al sitio donde se inserta la aguja en dirección posterior, para anestésiar el nervio dentario inferior.

En la mucosa de las mejillas hay tejido elástico - que impide la formación de pliegues y mantienen contra los dientes una superficie lisa pero flexible que se adapta a los intersticios dentarios y ayuda a alejar los alimentos del vestíbulo.

La inervación de la piel de las mejillas corresponde al nervio maxilar inferior, emite el nervio bucal, que atraviesa el buccinador y se distribuye en la mucosa, es-

te recibe filetes del facial, que inerva a los músculos faciales, pero ayuda a los músculos masticadores que reciben inervación del maxilar inferior. La arteria facial y la vena facial (anterior) cruzan la mejilla diagonalmente hacia la superficie lateral de la nariz.

Al apretar los dientes, el conducto parotídeo o de Stenon puede palparse en su trayecto anterior sobre el masetero contraído y alrededor de éste músculo, antes de atravesar tejido adiposo y el buccinador para abrirse en el vestíbulo enfrente del segundo molar superior. El orificio del conducto puede desembocar en una pequeña papila, o con la lengua puede percibirse una depresión donde el conducto atraviesa al buccinador; es difícil observar el orificio del conducto parotídeo, a menos que exista abundante secreción salival.

Los labios están separados de las mejillas por el surco nasogeniano, que va de la nariz a la comisura bucal. El labio superior presenta una depresión en la línea media llamada surco bucal, con un hundimiento en la línea mucocutánea del labio superior en el borde libre, que da al labio su curvatura semejante a un arco. El labio inferior presenta una fosilla media que corresponde al tubérculo del labio superior; hacia afuera, está separado de la mejilla por un surco mentolabial, menos preciso que el nasogeniano. En la línea media el labio superior y el inferior están unidos a la encía por el frenillo, a menudo notable en los niños.

El borde de los labios es de color rojo porque en éste sitio hay una transición brusca de la piel comparativamente gruesa a la mucosa delgada modificada. Que deja

ver su transparencia a la sangre en el lecho capilar. Esta zona de los labios es seca, pues carece de glándulas, a diferencia de la mucosa húmeda dentro de la hendidura bucal. Prevista de abundantes glándulas labiales.

Los labios se asemejan a las mejillas pero con la diferencia de que poseen menos tejido adiposo y tienen mayor movilidad que exige la precisión complicada del habla; el músculo principal de los labios es el orbicular de los labios.

Las arterias coronarias labiales atraviesan el músculo y cursan en la submucosa, donde pueden ser lesionadas accidentalmente al sufrir traumatismo por mordida.

PISO DE BOCA: Presenta un órgano muy importante como lo es la lengua que sobresale de un canal que la circunda por los lados y por el frente, está formada por músculos entrelazados y tapizados de mucosa, se considera como un atacador flexible destinado a mantener los alimentos entre los dientes durante la acción de la masticación y al mismo tiempo impulsa el bolo alimenticio en la deglución. Es órgano excelente por la amplitud y la precisión de sus movimientos por sus diferentes formas que experimenta al hablar y por el exquisito sentido del tacto en la mucosa que también recibe impresiones gustativas. El sentido del tacto está aumentado ya que una pequeña lesión accidental es percibida por la lengua como una gran cavidad.

La lengua presenta las siguientes partes; base, Vértice o Punta, Cara superior o dorso y Cara Inferior.

La base o raíz está formada por la inserción de los músculos extrínsecos glosostafilino, estilogloso y geniogloso, que forman un cabestrillo para la lengua unido al paladar, apófisis estiloides, maxilar inferior y hueso hioides. Los vasos y nervios entran también por base.

La cara superior o dorso forma una curva hacia atrás y después hacia abajo. Los dos tercios anteriores o porción palatina están dirigidos hacia arriba, la porción faríngea está orientada hacia atrás y no es observable a simple vista excepto con la ayuda de un depresor de lengua. Un surco en forma de V, llamado surco terminal separa estas dos porciones que difieren por la estructura de la mucosa.

Las ramas del surco se separan hacia adelante y afuera; en el vértice hay una excavación, el agujero ciego de la lengua, que señala el sitio de la invaginación que forma la glándula tiroides la cual en casos anormales permanece incluida en la lengua (tiroides lingual) y no alcanza la posición característica del adulto. Hacia atrás, la porción faríngea está unida a la parte superior de la epiglotis por los pliegues glosopiglótico medial y lateral, estos últimos en número de dos; los pliegues limitan depresiones poco profundas, las valléculas.

La mucosa cubre a la lengua excepto en la base, donde se refleja hacia las encías, desde el canal situado por delante y a los lados de la base hasta los pilares anteriores del velo del paladar.

Sobre la porción palatina del dorso de la lengua - la mucosa es gruesa y aterciopelada, pués está cubierta - de abundantes papilas filiformes (20,000 aproximadamente - en una pieza anatómica) las puntas córneas de estas pro - longaciones cónicas diminutas pueden retener bacterias, - partículas alimenticias y células córneas muertas de lo - cual dependen los surcos normales pero variables de éste - órgano, que aumenta durante las enfermedades, cuando dis - minuye la movilidad de la lengua. Estos surcos son menos - notables en la parte anterior donde la lengua experimenta fricción contra el paladar.

En el dorso de la lengua se observan una série de - puntos rojos que corresponden a las papilas fungiformes, - mayores pero muy esparcidas el epitelio es muy delgado en esta zona. Inmediatamente por delante del surco terminal, en una hilera en forma de V, sobresalen apenas de la mu - cosa al rededor de 12 papilas circunvaladas cada una de - las cuales tienen de 1 a 2 m.m. de diámetro, están circun - dadas por una hendidura estrecha o fosa, limitada por el - borde circular o vallum. Y tienen forma de conos trunca - dos invertidos. Los lados de la fosa presentan botones o - bulbos gustativos, bañados en un líquido que sale por los conductos de las glándulas serosas situadas profundamente en el músculo.

La porción faríngea del dorso de la lengua carece - de papilas filiformes o de otro tipo, es lisa pero presen - ta nodulaciones dependientes de abundantes folículos lin - fáticos subyacentes, cuyo conjunto recibe el nombre de - amígdala lingual, se continúa hacia afuera con la amígdala - palatina situada en la excavación o fosa amigdalina si

tuada entre los pilares del velo del paladar. La mucosa es movible en la porción faríngea, pero está íntimamente unida a los tejidos subyacentes en la palatina. En el borde de la lengua, la mucosa se adelgaza del dorso a la cara inferior, y a la altura de los molares, el borde está surcado por cinco o seis elevaciones verticales rojas o papilas foliadas que poseen botones gustativos. Las papilas foliadas son rudimentarias en el hombre; si están más desarrolladas que lo normal, pueden sufrir inflamación por la fricción contra las piezas dentarias y despertar en el paciente sospecha de cáncer.

La cara inferior de la lengua, cubierta de mucosa delgada, lisa y purpurina, está situada en la excavación del piso de boca. Por la parte de atrás de la punta de la lengua nace el frenillo pliegue medial de mucosa que desciende al suelo de la boca. Hacia afuera del frenillo, se ven fácilmente las venas raninas, una de cada lado.

Las glándulas linguales anteriores de 1.25 cm. de largo, poco más o menos, están situadas cerca de la punta de la lengua, debajo de la mucosa e incluidas en el parénquima muscular; su secreción mixta es rosa y su mucosa drena por varios conductos diminutos hacia la cara inferior de la lengua.

CONSTITUCION ANATOMICA DE LA LENGUA: Aparte de los músculos extrínsecos, la masa muscular de la lengua presenta un enrejado de músculos intrínsecos, cuyas fibras se disponen transversalmente, longitudinalmente y hacia abajo. A lo largo de la lengua se aprecia el septum lingual de tipo fibroso y situado en la línea media, no lle-

ga a la cara superior del órgano.

IRRIGACION E INERVACION: Está a cargo de las arterias linguales, una a cada lado, están unidas cerca de la punta por una anastomosis que atraviesa el septum, pero - las anastomosis capilares son escasas y suelen efectuar - se a través del séptum, las ramas dorsales de la lengua - corresponden a la arteria lingual y llegan a la porción - posterior de la misma, y a la vez recibe vasos de la ar - teria tonsilar. La vena ranina sale por la cara inferior - y acompaña al nervio hipogloso. La arteria lingual puede - presentar dos venas satélites; de la cara superior de la - lengua parten las dos venas dorsales de la lengua.

El hipogloso es el nervio motor de los músculos - linguales, los dos tercios anteriores y los sentidos del - tacto y del gusto así como la secreción glandular depen - den del nervio lingual; en el tercio posterior estas fun - ciones son llevadas a cabo por el glossofaríngeo, y cerca - de la rama de la epiglótis corresponde a la rama superior del nervio laríngeo superior rama del vago.

MOVIMIENTOS DE LA LENGUA: Al tragar líquidos, la - cara superior de la lengua se acanala y forma un espacio - tubular con el paladar, el líquido contenido en este tubo es expulsado hacia la porción bucal de la faringe porque - la lengua se pone en contacto con el paladar de la punta - hacia atrás. Una vez ocurrido esto, la lengua sobresale - en la porción bucal de la faringe e impulsa al líquido - hacia la porción laríngea. Al recibir alimentos sólidos, - la lengua se adelanta y después se retrae con el alimen - to, que es llevado a la porción posterior de la cavidad - durante la masticación, a continuación la lengua se aprie

ta contra el paladar y el bolo alimenticio es impulsado a la farínge.

BOVEDA PALATINA: Está formada por el paladar duro y paladar blando, el paladar duro está constituido por los huesos maxilares hacia adelante y los palatinos hacia atrás, y cubierto de mucoperiostio grueso y firme contra el cual la lengua comprime los alimentos separa la boca de la cavidad nasal y los senos maxilares. Sobre la mucosa del paladar se observa una zona denominada rafé medio y unos surcos en forma transversal, en este sitio la membrana está unida al periostio y al hueso el cual presenta numerosas excavaciones ocasionadas por abundantes glándulas y canales que forman los vasos y nervios palatinos.

El borde posterior del paladar óseo se palpa fácilmente y a cada lado del mismo puede palpase el gancho del ala interna de la apófisis pterigoides debajo de la mucosa incluso con la lengua.

PALADAR BLANDO O VELO DEL PALADAR: Formación fibromuscular incluida en el pliegue de mucosa, forma un arco hacia atrás siguiendo posteriormente el techo, separa la boca de la nasofarínge y cuelga en forma de telón en el límite posterior de la cavidad oral, este telón se recoge en dos pliegues de cada lado, uno anterior formado por pilares anteriores del velo del paladar, situado por delante del borde posterior del paladar que incluye en su espesor el músculo glosostafilino y describe un arco inferior desde la úvula hasta la lengua. El otro posterior y más grande se encuentra más cerca de la línea media de manera que la abertura que comunica a la boca con la bucofaringe está limitada por dos arcadas, una dentro de la otra, del

vértice cuelga una prolongación cónica blanda llamada úvula.

El arco de los pilares posteriores del velo del paladar en el borde posterior del paladar lleva en su espesor al músculo faringoes tafilino y desciende a la pared lateral de la faringe. Estos dos pilares limitan una excavación que aloja a la amígdala palatina. El arco formado por los pilares anteriores se llama Istmo de las Fauces cuyas dimensiones varían según la actividad del músculo circundante. Hacia la porción posterior del paladar duro, la mucosa presenta cantidad de orificios de glándulas mucosas pequeñas, en el paladar blando pueden apreciarse hasta cien orificios después de rapar el epitelio superficial, las glándulas voluminosas están en la base de la úvula, la porción anterior del paladar blando es principalmente aponeurótica, pero la mitad posterior es muscular y móvil. El rafé palatino que se observa en el paladar blando y en el duro es una prueba incontrovertible de su formación en dos mitades. Cuando esta unión es defectuosa hay paladar hendido que puede afectar tanto paladar blando como paladar duro.

Los nervios sensitivos del paladar son los palatinos y nasopalatinos, que proceden del nervio maxilar por el camino del ganglio esfenopalatino, los músculos son inervados por el glosofaríngeo, pero el periestafilino externo o tensor del velo del paladar recibe un ramo propio que atraviesa el ganglio óptico. Las arterias proceden de la facial la maxilar interna y la faríngea inferior o ascendente, las venas desembocan en los plexos pterigoideo y faríngeo.

CAPITULO II

HISTORIA CLINICA GENERAL

A).- DEFINICION: Historia Clínica es una recopilación y ordenamiento de los signos y síntomas del enfermo, directa o indirectamente, efectuando una evaluación de sus antecedentes patológicos, así como su estado físico general presente con el objeto de establecer un diagnóstico, un pronóstico e instituir un plan de tratamiento.

B).- EXAMEN GENERAL: El Dentista debe efectuar en forma sistemática la Historia Clínica del paciente, de ésta manera datos importantes no serán omitidos, estos deben ser apuntados de manera legible y conciente para que la interpretación sea clara.

El tiempo utilizado en escribir la Historia Clínica no sólo es el más valioso para el futuro plan de tratamiento sino para establecer una buena relación Paciente Dentista, esta es una oportunidad para conocer la personalidad del paciente, su actitud hacia el Dentista y la cooperación que de él se espera para llevar a cabo el plan de tratamiento.

PASOS A SEGUIR PARA LA ELABORACION DE LA HISTORIA-CLINICA.

1.- FICHA DE IDENTIFICACION: Aquí se anotarán datos como son el Nombre del Paciente, Lugar de Nacimiento, Fecha de Nacimiento, Dirección, Teléfono, Sexo, Estado Ci-

vil, Fecha de Estudio y Expediente.

El objetivo de éstos datos es el de tener una cierta comunicación con el paciente.

2.- ANTECEDENTES HEREDITARIOS Y FAMILIARES: Se tomarán datos referentes a enfermedades transmisibles o que tienden a afectar familias enteras que han padecido o que padezcan tanto padres, hermanos, hijos o algún familiar cercano, así como también se tomará en cuenta su edad, tipo de alergias, intervenciones quirúrgicas y en caso de muerte cual fué la causa.

3.- ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS: En este punto veremos los hábitos personales cómo son: baño diario, aseo bucal, condiciones de higiene de la vivienda, alimentación cotidiana, hábitos adquiridos.

4.- ANTECEDENTES PERSONALES PATCLOGICOS: Se preguntarán datos a cerca de cualquier enfermedad grave o importante que se haya sufrido en el pasado (una enfermedad antigua, pero cuyos síntomas todavía persisten en la actualidad), también se debe pedir al paciente que mencione todas sus hospitalizaciones y diga por qué fueron, quizá se haya tratado de estudios diagnósticos o de una enfermedad grave comprobada, se deben anotar las enfermedades pro pias de la infancia como lo son: poliomiélitis, varicela, sarampión, tosferina, parotiditis etc. Tipo de inmunizaciones aplicadas, se debe anotar el registro de las transfusiones de sangre si las hubo, quizá se debieron a enfermedad lo que constituye una doble prueba para un paciente poco comunicativo u olvidadizo.

Las alergias o tendencias alérgicas conocidas de - ben figurar dentro de los antecedentes personales patoló- gicos. Estas tendencias incluyen por ejemplo, el asma o - fiebre del heno. Deben distinguirse las alergias verdade- ras, que se manifiestan por urticaria, edema angioneuróti- co, erupciones cutáneas, síntomas respiratorios etc, que - en determinado momento podemos pasar por alto ocasionando problemas secundarios de gran repercusión para la salud - del paciente.

Es necesario preguntar una y otra vez al paciente - qué medicamentos está tomando, hace poco (en las últimas - seis semanas). O cual de ellos le provocó alguna reacción de tipo alérgico, cuando el paciente no conozca bién la - naturaleza del medicamento es necesario investigarla con - el fin de evitar errores posteriores.

5.- PADECIMIENTO ACTUAL: Una buena práctica psico- lógica consiste en pedir al paciente que relate "su pro - blema" con sus propias palabras. Habitualmente se regis - tra en términos no técnicos. Luego se pide al paciente - que cuente desde cuando observó por primera vez la lesión, como se desarrolló, las molestias experimentadas, trata - mientos efectuados y sus resultados. Dentro de lo posible, no hay que interrumpir al paciente, este debe expresar - sus emociones y reacciones al ambiente que lo rodea pero - sin alejarse demasiado del tema de la enfermedad pues es - en este momento en donde se expondrá la causa de la visi - ta.

6.- ESTUDIO DE APARATOS Y SISTEMAS: Es una lista - de síntomas atribuibles a varios sistemas de órganos del -

cuerpo (cardiovascular, digestivo, respiratorio, urinario, endócrino, hemático y linfático). El estudio consiste en preguntar en forma metódica al paciente si sufre síntomas susceptibles de indicar alguna enfermedad de dichos sistemas de órganos. Es necesario este paso pues algunos pacientes quizá no relacionen que su enfermedad esté relacionada con algún tipo de síntomas, y por lo tanto no piensen en mencionárselos al dentista en ausencia de preguntas específicas.

Por ejemplo, si se pregunta al paciente ¿Todo anda bien del lado del corazón; puede decir que sí, pero un estudio más cuidadoso del sistema cardiovascular consiste en preguntar al paciente si sufre fácilmente de sofocación, si siente dolor precordial o en el brazo izquierdo al hacer ejercicio, si tiene edema de tobillos, cianosis, disnea de esfuerzo, ortopnea, etc. De esta manera es posible reconocer la existencia de síntomas y signos de alguna enfermedad.

7.- INSPECCION GENERAL DEL PACIENTE: Al observar al paciente, se obtienen datos muy valiosos, podemos apreciar su comportamiento, actitud mental, postura, mimica, estado de nutrición, coloración de la piel, existencia de manchas y erupciones, manera de respirar, estado de angustia, debe considerarse la apariencia general del paciente, ya que se obtendrán datos de su higiene general, lo cual nos dará idea de su higiene oral.

En la cara, es importante examinar el aumento anormal de volumen en alguna porción de los maxilares causada por lesiones patológicas, las cuales se reflejan en la cara. La pérdida de dimensión vertical, se debe anotar cuando

do ha dejado de usar o nunca ha usado (prótesis), o bien, cuando los dientes artificiales producen aumento del contorno labial.

Debemos señalar también la constitución anatómica del paciente, peso, conformación, estatura y desarrollo físico. Para una inspección más completa y detallada debemos anotar la temperatura, pulso, tensión arterial, frecuencia respiratoria, peso que corresponde y peso habitual.

8.- EXPLORACION FISICA DEL PACIENTE: Esto va a ser una complementación de antecedentes omitidos durante el interrogatorio, permitiendo a la vez reorganizar datos referentes a los principales órganos.

A.- EXAMEN BUCAL: En la exploración de los labios, complementaremos anotando: Textura, tamaño, consistencia, simetría, coloración, forma.

En la parte los carrillos valoraremos: Hidratación consistencia, color, textura, grosor, cambios inflamatorios, elasticidad, anotar si existen accidentes de tipo traumático observables por ejemplo mordedura de carrillos, si hay buena irrigación, si distinguimos ulceraciones o, alguna otra lesión.

Referente a la Uvula, examinaremos: Tamaño, forma, cambios de coloración, si existe inflamación, textura, consistencia.

De la lengua se anotarán: Hidratación, color, Profundidad papilar, forma, consistencia, movilidad, tonici-

dad, grosor, bordes, capas anormales formadas en la su -
perficie de esta, cambios de tamaño, irrigación drenaje -
linfático.

Frenillo Lingual: Es de vital importancia su estu-
dio ya que tiene relación con los labios y lengua; anota-
remos tamaño, consistencia, inserciones del mismo, si no-
causa diastemas o problemas para colocación de prótesis,-
elasticidad, textura, movilidad.

PISO DE BOCA.- Para esta región nos encargaremos de que el paciente levante la lengua hacia arriba de manera que podamos observar claramente esta región, anotaremos la situación del frenillo lingual, inserción y consistencia, observaremos los conductos de la glándula submaxilar (conducto de Wharton), anotaremos si existe buena irrigación de la zona o si existe patología alguna.

Para examinar los Ganglios Linfáticos se hará la palpación bimanual y bilateral de Nódulos Cervicales, Submaxilares, Sublinguales y Postero-Auriculares anotando tamaño, movilidad, textura, ausencia o presencia de dolor.

Por lo que respecta a la Articulación Temporo-Mandibular se palpan ambas articulaciones para obtener signos de subluxación, dolor, ruidos, y se anotarán también las desviaciones en la trayectoria mandibular.

Para la exploración del paladar blando, debemos considerar 2 tipos principales: Uno es regularmente horizontal teniendo poco movimiento, el otro es más bien vertical con un definido eje de rotación.

Es necesario explorar el paladar blando, tanto en posición de elevación como de descanso, la angulación de la caída del paladar, mediante la palpación conocer la respuesta al reflejo de la náusea, también se examinará la presencia de zonas de queratosis y otras lesiones que puedan existir.

En la orofaringe deberá observarse el ítsmo de las

fáuces, color, presencia o ausencia de amígdalas, lesiones inflamatorias, ulceraciones.

Con respecto a la encía, anotaremos: Inserciones gingivales textura, presencia o ausencia de puntilleo, consistencia, color, uniones papilares, reacciones inflamatorias.

Se debe establecer también, un estudio del tono muscular y del control neuromuscular, explorando la intensidad y grado de elasticidad y contractilidad de los músculos, considerar la diferencia de control Neuro-Muscular en pacientes de edad avanzada y pacientes jóvenes.

En el examen Dental se explorará, la higiene bucal del paciente inclusive placa bacteriana, anodoncia y adoncia, grado y tipo de caries, movilidad dental, restauraciones existentes, giroversiones, estado parodontal, se deberán hacer pruebas térmicas, eléctricas y de percusión, valoraremos los tipos de oclusión basándonos en la clasificación de Angle (neuroclusión, Distocclusión y Mesiocclusión) conducto de Stenon glándula parótida.

DIAGNOSTICO.- Es la identificación de una enfermedad por el reconocimiento de los signos y síntomas, exploración física, estudios radiográficos y de laboratorio. La fase más importante de todo el método diagnóstico es la valoración crítica del conjunto de datos obtenidos, incluyendo en esto los diferentes tipos de diagnóstico (Clínico, Sinérgico, Anatómo Patológico, de Presunción y Diagnóstico final).

PRONOSTICO.- Aquí se emite el criterio personal, según el diagnóstico resultante, podemos emitir un pronóstico que puede ser favorable o desfavorable, a corto o largo plazo.

PLAN DE TRATAMIENTO.- Se establece después de realizada la valoración minuciosa del paciente, tomando en cuenta su estado físico general, sus necesidades dentales específicas y su situación económica. Esto nos servirá para determinar el tipo de anestesia a utilizar, cantidad y frecuencia de las visitas, medidas preoperatorias como son: Sedantes, Antibióticos, complemento dietético y otro tipo de drogas a utilizar.

Es esencial efectuar una historia clínica completa ésta nos ayudará a establecer un buen diagnóstico de enfermedades poco frecuentes de tejidos bucales, una buena historia no solo ayuda a establecer la causa de la lesión sino que proporciona al Dentista una valiosa información acerca de las reacciones del paciente frente a esta enfermedad.

El realizar una Historia Clínica es un verdadero arte que requiere capacidad de percepción y un alto grado de intuición, que nos encaminará a establecer una actitud real frente al padecimiento del enfermo, el interés, el calor humano y la comprensión que muestra el clínico al momento de efectuarla, es un factor importante para su relación con el paciente, lo cual permite realizar una historia clínica completa y provechosa.

CAPITULO III

DEFINICION Y GENERALIDADES DE
NEOPLASIAS

En los últimos tiempos las neoplasias se han convertido en una fuente principal de preocupación por parte de Patólogos, Estomatólogos y demás personalidades íntimamente relacionadas con la medicina bucal, ya que representa una grave problemática tanto en pacientes jóvenes como adultos, aumentando cada vez el número de personas que padecen de tumoraciones bucales. De éstas existe gran variedad tanto en formas y tipos celulares.

Es necesario que comprendamos bien la naturaleza e importancia de las neoplasias y que sepamos diferenciarlas de los tumores de tipo inflamatorio (granulomas), entendiendo que éstos se deben a irritaciones de tipo crónico y sólo algunas neoplasias benignas pueden explicarse por este mecanismo y en la mayor parte de los casos son de etiología desconocida, otra forma de diferenciación sería en el distinto potencial de transformación que tienen; mientras los tumores inflamatorios carecen de poder de malignización, las neoplasias benignas pueden transformarse posiblemente en malignas, aunque la cifra de transformación de neoplasias benignas en malignas es baja.

DEFINICION DE NEOPLASIA:

Es muy complicado definir una neoplasia, innumerables autores han propuesto definiciones, pero en sentido-

general se dice que es una neoformación constituida por -
acumulación anormal de células, cuyo crecimiento excede -
de los tejidos normales y es incoordinado con el de los -
mismos.

La palabra neoplasia a menudo se considera sinóni -
mo de tumor pero en realidad tumor denota solamente tume -
facción, su identificación se ha hecho más restringida -
conforme van aumentando los conocimientos acerca del ca -
rácter de estas masas.

Definiciones de algunos autores:

Una neoplasia es un crecimiento nuevo de tejido no controlado (Definición de Anderson).

Un tumor o neoplasia puede definirse como un cre -
cimiento de células nuevas que proliferan sin control y -
que no poseen ninguna función útil. (Definición de Boyd).

Un tumor es un crecimiento patológico de tejido -
(Definición de Robbins).

DIAGNOSTICO DE NEOPLASIAS:

En la mayoría de los casos el diagnóstico de neo -
plasias no siempre es fácil pues es necesario efectuar -
una buena historia clínica, para tomar en cuenta los da -
tos que el paciente pueda proporcionarnos acerca de la -

época de aparición de la enfermedad, su desarrollo y las causas que la originaron, además de esto existe la exploración física que consiste en una rigurosa inspección y palpación ya que ambas nos ofrecen datos referentes a la localización y extensión del tumor, dándonos su límite y forma la cual puede ser redondeada, ovalada, aplanada o hemisférica; nos otorga también su implantación la cual puede ser por medio de un pedículo o asentado sobre una amplia base, tomamos en cuenta también su tamaño al que se le puede comparar con el de una lenteja, cereza, nuez etc. Su mucosa que lo recubre en su superficie y especificaremos si es lisa o brillante, o si está edematizada, si hay degeneración ulcerosa y en caso de ulceración si es superficial o profunda, si tiene forma de cráter o presenta los bordes socavados y el fondo necrosado.

La palpación nos orienta acerca de los límites de la neoplasia, de sus relaciones con las partes anexas y sobre su limitación o propagación a los tejidos sanos, también nos indica si el tumor es fácilmente desplazable o si está sólidamente implantado sobre la parte subyacente, por la palpación sabremos si es blando o posee cierta induración. La palpación digital muestra una gran facilidad de movimiento, es decir, el tumor puede moverse libremente sin deformar los tejidos vecinos. La palpación de los tejidos adyacentes y subyacentes muestra la blandura y la compresibilidad que se espera en los tejidos normales y no indurados. Estos caracteres de movilidad y de no induración se encuentran sólo cuando la neoplasia se localiza en los tejidos de la boca que normalmente se pueden comprimir como lo son la lengua, suelo de boca y mejillas. Cuando el tumor se localiza en los tejidos adherentes, como en la encía o en el paladar duro, la del

gidez de estos tejidos, así como su gran adherencia al hueso subyacente impide que se encuentren signos de movilidad y falta de induración.

Otras técnicas auxiliares para el diagnóstico son:

- A).- Excisión quirúrgica con bisturí para biopsia o sacabocados.
- B).- Técnica de citología Exfoliativa.
- C).- Aspiración mediante una aguja con luz grande.

BIOPSIA.- La palabra biopsia deriva del griego bios vida y opsis-visión que en términos generales se puede aplicar como un examen macro y microscópico de los fragmentos de tejido o células tomadas en vida del paciente para hacer diagnóstico o pronóstico de una enfermedad o confirmación de la normalidad del tejido.

Existe un tipo de biopsia llamada directa y es la que se toma de piel o de la mucosa que recubre cavidades naturales y se hace por incisión cuando la lesión no es extirpada totalmente y solamente se toma un fragmento de ella, esto sucede generalmente cuando la lesión es grande y antes de practicar el tratamiento definitivo, se requiere confirmar el diagnóstico clínico.

La biopsia por escisión es cuando se extirpa por completo la lesión, ya que es pequeña o cuando el tratamiento de elección es quirúrgico.

Por biopsia directa se pueden obtener muestras de mucosa de cavidades naturales con lesiones inflamatorias, neoformaciones vasculares, neoplasias benignas y malignas, mucosa de fosas nasales, oído externo e interno, cavidad oral, lengua, orofaringe, nasofaringe, laringe etc. En la mujer se pueden tomar muestras de vagina, cervix, endometrio, y a través del meato urinario se pueden obtener muestras en hombres.

La biopsia transoperatoria, como su nombre lo indica es obtenida durante una intervención quirúrgica, enviada inmediatamente al departamento de Patología para que el informe de su estudio sea dado a la mayor brevedad posible.

Es un procedimiento que utilizando juiciosamente es de mucha utilidad para el cirujano sin duda alguna, la razón más importante para solicitar un estudio transoperatorio es de formar la conducta terapéutica durante el acto quirúrgico o en el postoperatorio inmediato. Para que un estudio como este tenga validez se requiere que sea exacto, rápido, fácil de realizar, reproducible y digno de confianza desde el punto de vista técnico.

Aunque lo ideal sería identificar la naturaleza histológica exacta de una lesión dada, en la gran mayoría de los casos es suficiente para los objetivos prácticos del caso, poder establecer si la lesión es neoplásica o no en caso de serla establecer si se trata de una lesión maligna o benigna, o si una lesión neoplásica ha sido completamente extirpada, ya que sobre estas bases diagnósticas, es sobre las cuales el cirujano normará la conducta terapéutica a seguir.

Para que los estudios transoperatorios sean de mayor utilidad es indispensable que exista una colaboración estrecha entre el Cirujano y el Patólogo y un conocimiento adecuado de ambas disciplinas.

Antes de practicar un estudio transoperatorio es importante que el Patólogo conozca los datos clínicos sobresalientes del paciente ya que es un método de diagnóstico de mucho valor cuando el paciente se encuentra en la mesa de operaciones.

RIESGOS DE LA BIOPSIA TRANSOPERATORIA:

Uno de los riesgos es el peligro de implantar y diseminar células neoplásicas durante la obtención del espécimen. Este riesgo varía de órgano a órgano y de lesión a lesión, también varía desde luego de Cirujano. Es de recomendar que los cirujanos se pregunten si el riesgo que la biopsia representa es mínimo al compararse con el resultado que se obtiene, y si este vale la pena.

Otro riesgo importante es inherente a la topografía de la lesión, por ejemplo las biopsias de las lesiones de cabeza del páncreas situadas donde hay múltiples estructuras delicadas puede presentar fístulas pancreáticas, hemorragias, pancreatitis, al grado de que algunos cirujanos experimentados prefieren practicar cirugía radical sobre sus hallazgos macroscópicos. Estos riesgos pueden ser disminuidos al mínimo con una buena técnica

quirúrgica y conocimiento anatómico de la región.

INTERPRETACION:

Cuando se trata de lesiones, el diagnóstico transoperatorio sólo tiene 3 alternativas:

- 1.- Positivo para la lesión neoplásica.
- 2.- Negativo para la lesión neoplásica.
- 3.- Diagnóstico diferido.

Como todo procedimiento diagnóstico, el estudio transoperatorio está sujeto a errores, estos errores pueden ser reducidos si la experiencia y actitud del patólogo son adecuadas, la interpretación también varía considerablemente de un órgano a otro, y aún hay variaciones importantes de lesión a lesión en un mismo órgano. Dos ejemplos ilustran lo anterior, mientras que los carcinomas anaplásicos y papilares de la glándula tiroidea son de fácil identificación, las lesiones malignas foliculares también diferenciadas pueden ser de muy difícil diagnóstico. Las lesiones papilares de la glándula mamaria puede ser de tan difícil interpretación, no sólo en los cortes por congelación sino aún en los permanentes, para recomendar una actitud prudente durante el transoperatorio y diferir el diagnóstico 24 Hrs., es necesario disponer de más laminillas, diferentes tinciones y mejor actitud de juicio.

En la interpretación de un estudio transoperatorio pueden cometerse errores por defecto; es decir diagnosticar una lesión maligna cuando existe esto, se conoce como una falsa negativa, la causa de las falsas negativas pueden ser por defecto en la interpretación o por defecto en la selección del fragmento congelados. Con la ayuda del estudio citológico del espécimen, ésta posibilidad de error se reduce, ya que si se observan células neoplásicas en el citológico, ello debe obligar al patólogo a hacer más cortes. Es pues imperativo que el material para congelar sea cuidadosamente seleccionado. A veces se diagnostica una falsa positiva, es decir que existe cáncer en donde no lo hay y ello puede conducir a practicar intervenciones no necesarias, de alto riesgo y a menudo mutilantes. Las falsas positivas deben ser pocas, muy pocas, de otra manera el procedimiento pierde su validez como ayuda diagnóstica.

En términos generales, para que el procedimiento sea útil su exactitud debe ser alrededor del 95%, el número de falsas negativas alrededor del 1% y de falsas positivas menor del 0.5% y el resto son los casos del diagnóstico diferido.

CITOLOGIA ESFOLIATIVA:

Es el método de estudio que se basa en la morfología de las células que se descaman normalmente, para el diagnóstico de ciertas condiciones fisiológicas o alteraciones patológicas.

Sabemos que es necesaria la continua renovación de las células del cuerpo, la exfoliación celular es un incesante proceso; la proporción de descamación en cada tejido su función y su capacidad metabólica, algunas de estas células descamadas se acumulan en nichos o cavidades naturales, la mayoría se pierden en la superficie o a través del tracto gastrointestinal.

El estudio de la exfoliación celular data desde mediados del siglo XIX, en 1843 Walshe notificó pequeños fragmentos de tejido espectorado de tumores malignos del tracto respiratorio y en 1847 Pouchet, en su libro concerniente a la ovulación y otros fenómenos, reportó los cambios celulares en los frotis vaginales. Sus investigaciones se limitaron a la citología normal, encontrando cambios morfológicos cíclicos los cuales guardaban relación con el proceso normal de la ovulación.

Una de las primeras referencias de los estudios de descamación celular en el diagnóstico del cáncer fué el de Beale, en 1860, quien reportó haber encontrado células malignas atípicas en un caso de cáncer de faringe.

Ultimamente se ha generado un interés apreciable por la aplicación de la citología exfoliativa bucal al diagnóstico de carcinoma de cuellos uterinos. En una revisión de los antecedentes históricos de la citología bucal, Von Haam citó muchos casos de pacientes con cáncer bucal en los cuales se comparó la exactitud diagnóstica de extendidos citológicos con la biopsia quirúrgica y se encontró que era casi idéntica.

Se concluye que:

- 1.- La citología nos complementa el resultado de la biopsia quirúrgica.
- 2.- Es un procedimiento rápido, simple, indoloro y sin - sangre.*
- 3.- Sirve como verificación de biopsias negativas falsas.
- 4.- Es especialmente útil en el control periódico para la detección de recidivas de carcinomas previamente tratados.
- 5.- Es valiosa para estudiar lesiones cuyo aspecto macrosopico es tal que no justifica la biopsia.

La técnica es relativamente simple. Esencialmente - consiste en limpiar la superficie de la lesión bucal de - residuos y mucina, y después rasparla vigorosamente va - rias veces con una espátula metálica o (asa) o en su de - fecto con un abatelenguas humedecido. Extendiéndose a con - tinuación con rapidez y uniformidad el material obtenido - sobre un portaobjetos y se fija inmediatamente antes de - que se seque. El fijador puede ser una preparación comer - cial como alcohol al 95% o partes iguales de alcohol y é - ter. Después de bañar el portaobjetos con el fijador, se - deja 30 minutos al aire para que seque.

Es necesario el procedimiento y tiene que ser re - petido preparando un segundo extendido, utilizándose otro raspado, ya que con frecuencia se emplean diferentes téc - nicas de tinción.

Por lo general el citólogo informará que el extendido corresponde a una de las siguientes categorías:

- Clase I: NORMAL. Indica que se observan sólo células normales.
- Clase II: ATÍPICA. Indica la presencia de atipias menores pero sin indicios de cambios malignos.
- Clase III: INDETERMINADA. Esta es una citología intermedia que separa el diagnóstico de cáncer y la ausencia de éste. Las células presentan una mayor atipia que sería sugerente de cáncer, pero no sería definida y representaría lesiones precancerosas o carcinoma in situ. Se recomienda la biopsia.
- Clase IV: SUGERENTE DE CÁNCER. Algunas células con características dudosas. La biopsia es obligatoria.
- Clase V: POSITIVA DE CÁNCER. Las células son obviamente malignas la biopsia es obligatoria.

La mayor parte de lesiones benignas de cavidad bucal no se presentan al extendido citológico. Por ejemplo, lesiones que tienen una superficie intacta y de aspecto normal como el fibroma, deben ser incididas y nunca se tomará de ellas un extendido.

La leucoplasia por ejemplo no se presta a estos - extendidos citológicos para diagnosticar debido a la es - cases de células variables en extendidos tomados de ésta - lesión.

El extendido citológico bucal exfoliativo también - tiene valor en el diagnóstico de enfermedades que se ca - racterizan por presencia de ciertas enfermedades que no - son carcinomas. Como en el caso de enfermedades que se ca - racterizan por la presencia de ciertas células específi - cas, como en el diagnóstico de lesiones de infecciones por herpes zoster, pénfigo familiar benigno, queratosis foli - cular, disqueratosis intraepitelial benigna hereditaria, - nevo esponjoso blanco, anemia perniciosa y drepanocítica.

La biopsia por aspiración o punción, la podemos ob - tener bajo control visual en el curso de una laparoscopia, pleuroscopia o por punción percutánea a ciegas.

CARACTERÍSTICAS PARA DIFERENCIAR LAS NEOPLASIAS MALIGNAS - DE LAS BENIGNAS:

Las características para diferenciar dichas neopla - sias es un aspecto muy importante, porque en ellos estri - ba el tratamiento y pronóstico de dicha enfermedad.

Las características de diferenciación son en cuan - to a:

a.- Modo de crecimiento.

b.- Velocidad de crecimiento.

c.- Estructura y diferenciación.

d.- Progresión del crecimiento.

e.- Metástasis.

a'- En un tumor benigno su crecimiento se efectúa en forma expansiva y cuenta además con una cápsula que lo circunscribe. En el tumor maligno el crecimiento es de tipo infiltrativo y no sufre encapsulamiento.

b'- En el benigno el crecimiento es con lentitud y presenta pocas mitosis anormales.

En el maligno hay crecimiento con rapidez y un sinnúmero de mitosis anormales.

c'- La estructura del tumor benigno guarda las características del tejido que le dió origen (típica).

Mientras que la estructura del tumor maligno es poco diferenciada.

d'- En el tumor benigno el crecimiento es lento y progresivo que puede detenerse o regresar.

En el tumor maligno este crecimiento raramente cesa, casi siempre es rápido y progresivo hacia la muerte.

e'- La facultad de dar metástasis es carácter que distingue preferentemente a los tumores malignos, los benignos.

nos no dan metástasis.

Entendiendo por metástasis la liberación de células - o fragmentos tumorales viables, esto puede ocurrir - por tres vías a saber:

- 1.- Vasos sanguíneos.
- 2.- Vasos linfáticos.
- 3.- Por trasplante directo.

Otra característica que existe es una nomenclatura, que por desgracia no sigue un sistema constante y único.- Encontrando que se pueden designar histológicamente agregando el sufijo OMA al nombre de la célula de la cual proviene el tumor, como ejemplo podríamos tomar los de origen fibroso llamándolos fibromas. Este sistema es comprensible y útil en lo que se refiere a los tumores benignos-mesenquimatosos (los que nacen en músculo, tendones, cartílago, vasos y tejido linfoide y fibroso). Sin embargo los tumores benignos de origen epitelial escapan a ésta clasificación sencilla, pues no existen nombres distintivos suficientes para la gran variedad de epitelios de la economía.

Algunas se denominan según el cuadro microscópico. Las que producen cuadros glandulares se llaman adenomas, al igual que las que producen prolongaciones digitiformes verrugosas se llaman papilomas o pólipos, las que provienen de glándulas suelen llamarse también adenomas y las que forman masas quísticas voluminosas se denominan cistomas o cistadenomas.

La nomenclatura de los tumores malignos sigue el método utilizado para los tumores benignos con las siguientes añadiduras:

Todos los tumores malignos reciben el nombre común de cáncer, las neoplasias malignas que nacen en tejido mesenquimatoso se llaman sarcomas. Las originadas en células epiteliales que provienen de cualquiera de las tres capas germinativas se denominan carcinomas. El tumor que produce cuadro de crecimiento glandular observado por examen microscópico se le llama adenocarcinoma y puede precisarse el tipo de órgano de origen. Los tumores malignos de origen linfoide se clasifican bajo el nombre de linfomas y no importando su terminación de sufijo OMA, de antemano se sabe que todas las neoplasias de tejido linfoide poseen grado variable de agresividad y todas son malignas.

ASPECTOS RADIOGRAFICOS DE LAS NEOPLASIAS:

La radiografía suele ser una fuente valiosa de información que tiene gran importancia para diagnóstico, aunque no nos proporcione pruebas específicas definitivas.

Las neoplasias benignas, según el tipo histológico, pueden ser radiotransparentes (por ejemplo el fibroma, hemangioma, mixoma etc.) totalmente radiopacas como ejemplo tenemos el osteoma, o una combinación de ambas como el osteofibroma, por lo general las neoplasias benignas tienen una superficie de aspecto liso y forma curva.

Estas características se reflejan en la radiografía por unas radiotransparencias o radiopacidades redondas, ovaladas o elípticas de bordes periféricos bien definidos. No es raro que se observe una línea de hiperostosis en los márgenes periféricos, acentuando más los bordes. Otro aspecto radiográfico es la expansión, la neoplasia benigna por su misma naturaleza crece por expansión más que por infiltración y por ello desplaza algunas estructuras anatómicas de su sitio habitual, los dientes de la región del tumor pueden moverse de su posición normal en la arcada, y la cortical inferior de la mandíbula puede estar ensanchada dando una tumoración de forma curva que altera el contorno normalmente simétrico del hueso.

Las características radiográficas de una neoplasia se parece muchas veces a las de la patología periapical y de los quistes centrales, sin embargo, este sirve para remarcar las limitaciones de la radiografía al establecer el diagnóstico definitivo y de la exploración biopsia cuando se elabora un diagnóstico.

CAPITULO IV

HISTORIA CLINICA GENERAL

Caso No. 1

NOMBRE: CH.R.M.T.

EDAD .- (9) Años.

SEXO .- Femenino.

OCUP. .- Escolar.

FECHA .- 9-V-79.

EDO. CIVIL.- Soltera.

INTERROGATORIO INDIRECTO .- INFORMANTE (Madre).

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.- Padre vivo de 31 años de edad, escolaridad primaria, ocupación (Imperbealizador) - con sueldo de \$ 4,000.00 mensuales, aporta al hogar - - \$ 3,000.00, tabaquismo negativo, etilismo ocasional. Aparentemente sano.

Madre.- Viva de 26 años de edad, escolaridad primaria, dedicada al hogar, tabaquismo y etilismo negativos, aparentemente sana.

Abuelos Paternos.- Abuelo vivo de 50 años. Aparentemente sano. Abuela viva de 52 años de edad aparentemente sana.

Abuelos Maternos.- Abuelo vivo de 62 años, aparentemente sano. Abuela viva de 48 años aparentemente sana.

Hermanos.- 5 hombres de 12, 10, 6, 5 y 3 años respectivamente todos sanos aparentemente.

PERSONALES NO PATOLOGICOS.- Paciente femenino de 9 años de edad, producto del tercer embarazo el cual fué de curso normal y a término bajo vigilancia médica y atendido en medio hospitalario, con llanto y respiración inmediatos, niega antecedentes de ictericia o cianosis, no se usaron forceps, se alimentó con seno materno durante un año.

Ablactación.- A los 3 meses, consistiendo en sopa, caldo de frijoles, leche, cereal, huevos, caldo de pollo, frutas, verduras, papillas, actualmente desayuna leche, huevos, pan, verduras y frutas.

DESARROLLO PSICOMOTRIZ.- Se sentó a los 5 meses, control de sus esfínteres a los 3 años, higiene personal buena, con baño y cambio de ropa diario, aseo bucal deficiente, casa habitación de concreto con piso de cemento, techo de lámina de cartón, con una recámara, cocina, comedor, un baño con agua, luz; la basura se tira diario, no poseen animales, cuadro inmunológico completo.

PERSONALES PATOLOGICOS.- Sarampión al año de edad, sin seuelias, amigdalitis esporádica, niega antecedentes fímicos, luéticos, diabéticos, traumáticos, transfusionales, quirúrgicos y alérgicos.

PADECIMIENTO ACTUAL.- Paciente de sexo femenino de 9 años

de edad remitido de su clínica de adscripción # 21 con diagnóstico de estomatitis para su valoración y tratamiento.- Inicia hace dos meses con lesiones papilomatosas en cavidad oral, las que refiere la informante eran escasas. Hace una semana notó que la boca "se le había llenado de bolitas" por lo que acude a consulta dental, actualmente la paciente se presenta tranquila asintomática sin sintomatología.

APARATOS Y SISTEMAS.- DIGESTIVO.- Caries Dental

CARDIOVASCULAR.- S.D.P.

GENITCURINARIO.- S.D.P.

MUSCULOESQUELETICO.- S.D.P.

NERVIOSO.- S.D.P.

Síntomas Generales.- Ninguno, exámenes previos (ninguno), terapéutica empleada (ninguna) Diagnóstico Previos (estomatitis).

INSPECCION GENERAL.- Paciente femenino de edad cronológica de acuerdo a la aparente con actitud libremente escogida, cooperador, tranquilo, bien orientado en las; 3 esferas de conciencia, sin facies característica al padecimiento actual, con marcha ritmica de complexión delgada.

CABEZA.- Normocéfalo, sin hundimientos ni exostosis, con implantación de pelo de acuerdo a edad y sexo con ojos simétricos, pupilas isocóricas, piel morena.

CAVIDAD ORAL.- Movimientos de apertura, cierre y lateralidad normales articulación temporomandibular sin patología aparente, labios, mucosa, pilares, paladar duro y blando, lengua y piso de boca bien hidratados, presencia de abundantes lesiones papilomatosas de 1 x 1 m.m., algunas pediculadas y otras de base sésil con un tiempo aparente de evolución de 2 meses. Organos dentarios con caries penetrantes y no penetrante.

CUELLO.- Cilíndrico, delgado con palpación de pulso carotídeo, tráquea céntrica y móvil no se palpan puntos dolorosos ni ganglios infartados.

TORAX.- Campos pulmonares limpios y bien ventilados sin estertores ni ruidos agregados, area cardiaca con ritmo frecuencia normales, focos cardiacos sin soplos ni fenómenos agregados.

ABDOMEN.- Blando depresible, no hay presencia de masas tumorales aparentes ni visceromegalias.

Se trata de paciente femenino de 9 años de edad remitido de su clínica de adscripción No. 21 con DX de esomatitis, para valoración y tratamiento de este centro.

Se presenta paciente de sexo femenino de 9 años de edad a revisión por presentar probable papilomatosis oral florida. Las lesiones se encuentran en las mismas condiciones que la cita anterior. El día de hoy se le toman fotografías y bajo anestesia local de Xilocaina con espinefrín al 2% se le toman biopsias incisionales en lengua y mucosa del labio inferior, suturando las heridas con catgut 000 en puntos aislados. El paciente se retira en buenas condiciones de salud, con las heridas sin sangrado -

activo y con los puntos de sutura en su sitio se le cita en 15 días para revisión y esperar sus resultados de patología.

INDICACIONES.- Cita en 15 días, alimentación con dieta blanda por el día de hoy, Dimetilpirazolona condicionado al dolor.

DIAGNOSTICO.- Probable. Papilomatosis Cral Florida.

TRATAMIENTO.- Toma de biopsia.

PRONOSTICO .- Se espera favorable.

Se presenta paciente femenino a revisión de las lesiones papilomatosas en lengua y mucosa de carrillos, a quién en la cita anterior se le tomaron biopsias, el reporte Anatomopatológico fué de PAPILCOMA EN LENGUA en la primera muestra y proceso inflamatorio de mucosa en la 2a. muestra. Se sugiere se presente la semana próxima para iniciar tratamiento a base de LEVAMIZOL.

INDICACIONES.- Cita a consulta externa el día 5 de Junio de 1979.

Se examina a la paciente la cual muestra las heridas perfectamente cicatrizadas. No se pudo conseguir el medicamento por lo que se programará para intervenir bajo anestesia general para la eliminación de las papilas más grandes.

INDICACIONES: Cita en 2 semanas, solicitud de operación, solicitud de análisis de laboratorio.

Se presenta la paciente encontrando que el problema ha remitido considerablemente se decide realizar inter
vención quirúrgica.

Se mandan pedir dotos de laboratorio (Hb 14.3, Ht-42.8 coagulación normal).

SERVICIO DE ANESTESIA: Canalizar venoclisis con solución-glucosada al 5% 250 mililitros, trasladarla a quirofano - cuando se solicite.

NOTA PREANESTESICA: Enterado de notas previas se trata de paciente de 9 años de edad programado para odontectomias, sin referirse en el expediente anestésicos previos, ni - patológicos de importancia, así como alérgicos ni transfu- sionales, a la exploración física se encuentra tranquila, coopera, no hay cianosis ni aumento de trabajo respirato- rio, llenado capilar inmediato.

NOTA OPERATORIA.- Bajo anestesia general por intubación - nasotraqueal, previa asespsia y aislamiento de campo ope- ratorio se procedió a realizar la intervención ya progra- mada. Se odontectomizan los primeros molares permanentes- (restos radiculares) y 6 órganos dentarios temporales.

Sin complicaciones se procede a suturar las heri - das con hilo crómico 2 ceros y surgete continuo.

DIAGNOSTICO.- CARIES DENTARIA Y PAPILOMATOSIS ORAL

TRATAMIENTO.- ODONTECTOMIAS.

PRONOSTICO .- BUENO PARA LA VIDA Y MALO PARA LA FUNCION

INDICACIONES.- Pasa a recuperación vigilar signos vitales y sangrado oral, dieta líquida 2000 cal, una tableta c/4-hrs., Diametilpirazolona.

Cuidados generales de enfermería.

El día de hoy el paciente se encuentra en perfectas condiciones generales, sus signos vitales estables dentro de la normalidad, ingestas y excreta normales, intraoralmente no hay huellas de infección sin sangrado activo, por lo cual la paciente será externada el día de hoy dada de alta hospitalaria, cita en consulta externa.

DIAGNOSTICO.- Caries Dental.

TRATAMIENTO.- Odontectomias y Odontoplastias.

PRONOSTICO .- Favorable.

Buena evolución de la paciente, presentado solamente papilomas en la línea media lingual, tercio medio considerablemente disminuido, probablemente debido a que ya se eliminaron focos infecciosos de cavidad oral por lo que continuaremos exclusivamente vigilancia periódica.

INDICACIONES.- Cita en un mes.

Se presenta a consulta externa para revisión de papilomatosis observando evolución completamente satisfactoria sin dejar rastros de papilomatosis, por lo que se dio de alta del servicio y pasa a su clínica de adscripción.

DIAGNOSTICO.- PAPILOMATOSIS Y CARIES DENTAL.

TRATAMIENTO.- INCISIONES BIOPSIAS Y ODONTECTOMIAS.

PRONOSTICO .- FAVORABLE.

PLAN DE TRATAMIENTO.- Pasa a su clínica para revisión periódica y aplicaciones tópicas de fluor.

DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO.

EDAD.- 9 años

PISC.- C. Bucodentomaxilar

CIRUJANO.-

FECHA.- 16-V-79

Datos Clínicos.- Papilomatosis oral Florida.

DESC. DE CARACTERES MACROSCOPICOS: Frasco No. 1, fragmento de tejido de forma redonda con diámetro mayor de 1/2 cm., de color blanco, de consistencia firme. Se introduce en cápsula con el No. 1.

Frasco No. 2 Fragmento redondeada con diámetro mayor de 0.3 cm. de color blanquesino, consistencia firme, se introduce en cápsula No. 2.

DESC. DE CARACTERES MICROSCOPICOS.- Muestra 1 revela papilomatosis moderada con acantosis que alterna con zonas de adelgazamiento de epitelio, en el córion se aprecia discreta infiltración linfocitaria y vasos congestivos. Los demás elementos con músculo y cológena con normales.

Muestra 2, revela hiperplasia discreta del epitelio con zonas adelgazadas sin filtración crónica en corión:

DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICOS.- 1.- Papiloma de lengua

2.- Proceso inflamatorio de mucosa vestibular.

CASO No. 2

NOMBRE: M.S.I.

EDAD : 11 Años

SEXO : Femenino

OCUPACION: Estudiante 5o. Primaria.

EDO. CIVIL: SOLTERA

C. BUCODENTOMAXILAR.

10-VIII-79

8:30 Hrs.

Peso: 68.5 Kgs.

Talla: 1.54 cm.

Temp : 36.5

Paciente femenino de 11 años de edad enviada de -
su clínica de adscripción No. 10 en forma 4-30-8 con Dx-
de Mucocele carrillo derecho, para valoración y tratamiento.

ANT. HEREDOFAMILIARES.- Abuelo Paterno.- Vive edad
55 años padece actualmente renomatia no especificada. -

Abuela Materna, vive de 50 años padece Diabetes Mellitus, tía materna, con retraso psicomotor por traumatismo.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.- Paciente-femenino producto de la 11 Gesta, de parto eutocico, alimentación suficiente en aporte calórico y protéinico.

Desarrollo Psicomotriz.- De curso normal Higiene - personal buena.H. Bucal.- Buena. Inmunología.- Completa.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.- Parotiditis-a los 2 años y medio, varicela a los 2 años tiene pie - plano y usa plantillas desde hace 8 años, se fracturó la-clavicula izquierda al año y 6 meses padece desde pequeña obesidad exógena.

ANTECEDENTES INTERROGADOS Y NEGADOS.- Fimicos, lué ticos, hemorrágicos, transfusionales, alérgicos, oncoló - gicos y convulsivos.

EXAMEN ORAL.- Labios (en hemilabios de lado iz - quierdo se observa aumento de volumen de aproximadamente- 5 m.m. de igual color que la mucosa adyacente, la madre - refiere que lo tiene desde nacimiento, lengua piso de bo- ca, paladar duro y blando, amígdalas de color y textura - e hidratación normales, los frenillos en su sitio bien - implantados, los órganos dentarios con lesiones cariosas- no penetrantes, la oclusión es de clase 1 los movimientos de apertura, cierre y lateralidad son normales.

PADECIMIENTO ACTUAL.- Aumento de Volumen en mucó - sa de carrillo derecho en la línea de oclusión a la altuu

ra de premolares, desde hace 3 meses con aumento progresivo y lento de aproximadamente 2 X 1 cm., de inserción pediculada de igual color que la mucosa adyacente de consistencia semifirme, asintomático, no ha molestado nunca, a la palpación tampoco presenta dolor, en mucosa de labio inferior de lado izquierdo, presenta aumento de volumen de aproximadamente 5 m.m. de igual color que la mucosa adyacente de consistencia firme, no dolorosa que lo presenta desde los 2 años de edad con implantación sésil, no dolorosa que se ha aumentado de tamaño.

PACIENTE FEMENINO DE 14 AÑOS DE EDAD: Ingresa al servicio enviada de su clínica de adscripción con forma 4-40-8 con diagnóstico de fibroma carrillo derecho, se elabora nota de actualidad de la Historia Clínica ya que la paciente es tratada por el servicio de nutrición.

Bajo anestesia local por infiltración de Xilocaina con Epinefrina al 2% se procede a efectuar incisión en forma de huso en mucosa de carrillo derecho a la altura de premolares, se extirpa completamente y se sutura con catgut 4 ceros, posteriormente se efectuó incisión en huso para extirpar pequeños fibromas del labio inferior del lado izquierdo, se sutura con catgut 4 ceros y se da por terminada la intervención.

Se retira paciente en buenas condiciones de salud sin huella de sangrado activo.

DIAGNOSTICO.- Fibroma de carrillo derecho y de labio inferior del lado izquierdo.

TRATAMIENTO.- Extirpación Biopsia.

PRONOSTICO .- Favorable para la vida y la función.

Hoy acude a revisión la paciente refiriéndose asintomática las heridas cicatrizadas sin huellas de infección, los puntos de sutura parcialmente eliminados, por lo que se decide darla de alta en el Servicio.

DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO.

EDAD.- 14 años

SEXO.- Femenino Serv.- D.D.M.

FECHA 10-VIII-79

16-VIII.79

DATOS CLINICOS: Fibromas de Carrillo Derecho.

DESCRIPCION DE LOS CARACTERES MACROSCOPICOS:

Fijados en formol se reciben fragmentos de tejido redondeado de 0.9 X 0.8 X 0.7 cms. blanquecino liso y blando que al corte muestra las mismas características.

DESCRIPCION DE CARACTERES MICROSCOPICOS: Se identifica un nódulo de tejido recubierto con epitelio poliestratificado escamoso no corneo con acantosis irregular. Este epitelio asienta sobre tejido fibroso neoformado vascularizado con algunas fibras musculares y nidos de tejidos adiposo.

CASO No. 3

EDAD: 13 Años.

SEXO: Masculino

OCUPACION: Estudiante

EDO. CIVIL: Soltero

17-VIII-79

Peso.- 33 Kg.

Talla.- 139 cm.

Tem .- 36.5o.C.

Paciente Masculino de 13 años de edad enviado de su clínica de adscripción No. 69 con forma 4-30-8 con Diagnóstico de Polipo Lingual para valoración y tratamiento.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.- Padre vivo de 41 años de edad ocupación operador, Ingresos \$ 1,200.00 Mensuales - tabaquismo y etilismo negativos.

Madre, viva de 39 años de edad, ocupación hogar, - escolaridad 6o. año de primaria, tabaquismo y etilismo - negativos, 5 embarazos, cero abortos, aparentemente sana. Abuelos paternos finados, abuelos maternos finados.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.- Paciente producto de la segunda gesta a término, de parto eutocico, alimentación suficiente en aporte calórico y proteínico.

Desarrollo Psicomotriz.- De curso normal, Higiene - personal buena, Higiene Bucal deficiente, Inmunología completa.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.- Viruela a los 2 - años, amigdalitis 2 veces por año.

Antecedentes interrogados y negados.- Fímicos, luéticos, transfusionales, hemorrágicos, quirúrgicos y alérgicos.

EXAMEN ORAL.- Labios, mucosa de carrillos, paladar duro,- paladar blando, amígdalas, de color textura e hidratación normal, los frenillos en su sitio bién implantados, los - órganos dentarios con lesiones cariosas no petrantes, - la oclusión es clase I de Angle, los, movimientos de la - A.T.M. normales.

PADECIMIENTO ACTUAL.- Se observa aumento de volumen en - región anterior y media de la cara dorsal de la lengua de aproximadamente 5 m.m. de base pediculada, de consisten - cia firme de color igual al de la mucosa, adyacente, la - superficie ligeramente verrugosa, asintomático a la pal - pación.

DIAGNOSTICO.- FIBROMA V.S. PAPILOMA

TRATAMIENTO.- EXTIRPACION BIOPSIA.

PRONOSTICO .- FAVORABLE PARA LA VIDA Y FUNCION.

Acude Felipe para realizar intervención programa - da, excisión biopsia de lesión localizada en región ante-

rior y media de cara dorsal de la lengua, la cual se lleva a cabo bajo anestesia local por infiltración con Xilocaina al 2% colocándose posteriormente 3 puntos de sutura aislados, con catgut crómico tres ceros.

DIAGNOSTICO.- FIBROMA V.S. PAPILOMA.

TRATAMIENTO.- EXCISION BIOPSIA.

PRONOSTICO .- FAVORABLE PARA LA VIDA Y LA FUNCION.

Acude Felipe a revisión postoperatoria, ha evolucionado satisfactoriamente a la cicatrización, el reporte del servicio de Anatomía Patológica fué de Papiloma. El estado de la cavidad bucal es óptimo, se dan indicaciones al respecto y se da de alta del servicio.

DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO

EDAD.- 13 años SEXO.- Masculino FECHA.- 27-VIII-79

DATOS CLINICOS.- FIBROMA V.S. PAPILOMA.

DESCRIPCION DE LOS CARACTERES MACROS.- Fijado en formol - se recibe fragmento de tejido esferoidal que mide 0.5 cms., de diámetro, duro, liso y blando. El corte muestra centro violáceo. Se incluye en una cápsula.

DESCRIPCION DE LOS CARACTERES MICROSCOPICOS.- Tallo con - juntivo vascular con epitelio escamoso estratificado con acantosis importante, espongirosis, papilomatosis y prolongación de los procesos interpapilares.

DIAGNOSTICO PATOLOGICO.- PAPILOMA.

CASO No. 4

NOMBRE: M.C.M.

EDAD : 7 Años.

OCUPACION: Estudiante.

23-VII-79

12:45 Hrs.

Peso: 20 Kg.

Talla: 115 cm.

Temp : 36.5

Paciente Masculino de 7 años de edad enviado de su clínica de adscripción # 75 con forma 4-30-8 con Dx., de Gingivitis papilar Hipertrófica para valoración y tratamiento.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.- Abuela Materna padece diabetes, los demás datos anotados en la H. C. sin importancia para el padecimiento actual.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLOGICOS.- Padecimiento producto de llo. embarazo, de parto eutócico niega antecedentes de cianosis e ictericia.- Alimentación.- Suficiente de calorías y proteínas desarrollo psicomotriz de curso normal, Higiene Personal.- Regular, bucal insuficiente. - Inmunología completa.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS.- Padeció de sarampión a los 6 años, las enfermedades propias de la niñez no las ha padecido.

ANTECEDENTES INTERROGADOS Y NEGADOS.- Fímicos, luéticos - transfusionales, traumáticos, alérgicos, oncológicos convulsivos.

EXAMEN ORAL.- Labios, encías (a excepción de lo anotado anteriormente) mucosa de carrillos, lengua, paladar duro y blando, piso de boca, amígdalas de color, textura e hidratación normales, los órganos dentarios con lesiones cariosas penetrantes y no penetrantes, los frenillos en susitio y bien implantados, los movimientos de la Articulación Temporo Mandíbular, son normales.

PADECIMIENTOS ACTUALES.- Inicia 3 meses con aumento de volumen a nivel de incisivo con molestias y sangrado, con crecimiento progresivo y lento.

Actualmente se observa aumento de volumen aproximadamente 2 x 1.5 de diámetro en encia marginal e insertada de los incisivos centrales y laterales del lado izquierdo, de color rojizo con pequeñas áreas blanquecinas no doloroso a la palpación su implantación pedicular.

DIAGNOSTICO .- Granuloma Piogeno.

TRATAMIENTO .- Extirpación Biopsia.

PRONOSTICO .- Bueno para la vida y la función.

Sin encontrar contraindicación se lleva a cabo tratamiento el día de hoy, previa anestesia local con Xilocaína con epinefrina al 2% se efectúa incisión contorneando la lesión que abarca los incisivos centrales y laterales izquierdos inferiores, se retira completamente, se curetea hueso, se coloca cemento de Wards, se da por terminada la intervención, se retira el paciente en buenas condiciones generales y locales.

INDICACIONES .- 1.- Se cita en 1 semana.

2.- Se manda Biopsia a patología.

Se presenta paciente en buenas condiciones generales de salud. El resultado de laboratorio fué de lesión periférica de células gigantes (granuloma) de encía, éste tipo de lesiones se vigilan en un tiempo razonable por lo cual se le dan varias citas al paciente.

DATOS CLINICOS.- GRANULOMA PIGENO.

DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO.

Descripción de Caracteres Macroscópicos.- Fijado en formol se recibe fragmento de tejido que mide 0.7 x 0.5 X 0.3, cm, blanquecino, liso y blando, al corte la superficie es café lisa y blanda, se incluye totalmente en 2 fragmentos en una cápsula.

Descripción de Caracteres Microscópicos.- Se observa mucosa constituida por un epitelio plano estratificado bien conservado; por debajo del mismo se observan numero-

sas células gigantes redondas de numerosos capilares; hay focos de congestión y leve infiltrado linfocitario.

DIAGNOSTICO PATOLOGICO.- Granuloma periférico de-- células gigantes de reparación en encía. (epulis).

CASO No. 5

NOMBRE: M.Q.M.

EDAD : 14 Años.

OCUPACION: Escolar.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: Padre vivo de 46 años, empleado, escolaridad 6o. primaria etilismo y tabaquismo positivos, ingreso mensual de \$ 6,500.00, aporta todo al hogar, aparentemente sano, Madre viva de 46 años, se dedica al hogar, escolaridad 6o. primaria, etilismo negativo, tabaquismo positivo, tuvo 2 abortos hace 18 años, manifiesta tener diabetes, abuelos maternos finados, abuelo de cirrosis, abuela lo desconoce; abuelos paternos, abuelo vivo actualmente con diabetes, abuela finada, hermanos de - 26, 24, 21, 15, 13, 11, 8 aparentemente sanos.

PERSONALES NO PATOLOGICOS: Paciente de sexo masculino, - producto del 8o. embarazo el cual fué de curso normal y a término, bajo vigilancia médica y en medio hospitalario, - no se utilizaron forceps, no recuerda si lloró al nacer, - peso de aproximadamente 3.100 Kg, no recuerda cuanto midió; alimentación seno materno durante 3 meses. Desarrollo psicomotriz, enderezó la cabeza a los 25 días, caminó al año un mes, su primera palabra a los 2 años, erupcionó su primer diente a los 6 meses control de esfínteres no recuerda, higiene personal buena, cambio de ropa diario, casa habitación de concreto, inmunizaciones todas.

PERSONALES PATOLOGICOS.- Enfermedades de la niñez, sarampión, antecedentes quirúrgicos, traumáticos, transfusionales, fímicos, luéticos interrogados y negados.

PADECIMIENTO ACTUAL: Paciente masculino de 14 años de edad remitido de su clínica de adscripción No. 21 con la forma 4-30-8 de su servicio para valoración y tratamiento. El padecimiento empezó hace 24 días sin dolor, con una inflamación local y ha evolucionado creciendo severamente.

APARATOS Y SISTEMAS: DIGESTIVO..... S.D.P.
LINFATICO..... S.D.P.
GENITOURINARIO.. S.D.P.
CARDIOPULMONAR... S.D.P.
HEMATICO..... S.D.P.
MUSCULOESQUELETICO S.D.P.

SINTOMAS GENERALES.- Sin importancia para el padecimiento actual.

EXAMENES PREVIOS .- Ninguno.

TERAPEUTICA EMPLEADA.- Ninguna.

DIAGNOSTICO PREVIO .- MUCOCELE INFECTADO VS. GRANULOMA.

EXPLORACION FISICA .- Peso Actual 41 Kgs, Peso Habitual-
41 Kgs.

Estatura 1.43 Mts, Pulso 78 por minuto, Tensión Arterial-
80/120, Temperatura 37°C, Respiración 38 por minuto.

INSPECCION GENERAL.- Paciente de sexo masculino, de edad cronológica aparente con la real, con actitud libremente-

escogida, bien orientado en sus tres esferas de la conciencia, cooperador tranquilo, sin facies características al padecimiento actual, marcha rítmica, bien conformado de complexión media.

CABEZA: Normocefalo, sin hundimientos ni exostosis, piel morena, pelo bien implantado, de acuerdo a su edad y sexo, ojos simétricos, pupilas isocóricas normorefléxicas, cavidad oral, piso de boca, paladar, carrillos normales, movimientos de abertura, cierre y lateralidad normales, frenillos bien implantados y en su sitio.

CUELLO: Cilíndrico, ancho, se palpa pulso carotídeo, tráquea móvil y centrada, sin ganglios infectados ni puntos dolorosos.

TORAX: Campos pulmonares limpios y bien ventilados, sin ruidos ni estertores agregados, área cardíaca, ritmo, frecuencia y focos cardíacos normales.

ABDOMEN: Blando depresible, no doloroso, sin masas tumorales aparentes sin viceromegalia.

EXTREMIDADES: De apariencia normal.

COLUMNA VERTEBRAL: Normal.

NOTA OPERATORIA.- Bajo anestesia local por infiltración de Xilocaina al 2% se procedió a extirpar la lesión con un corte de 1 m.m. en forma de huso cortando tanto tejido sano como tejido infectado, se sutura la herida con hilo de seda y puntos separados sin complicaciones.

TRATAMIENTO .- EXTIRPACION QUIRURGICA.

INDICACIONES.- Dimetil Pirazolona Condicionada al dolor,-
higiene oral normal, cita en una semana.

El paciente acude a revisión encontrándose en condiciones generales satisfactorias, intraoralmente la herida es franca en cicatrización. Pero debido a la mala higiene oral la herida se infectó al retirar unos puntos de sutura por lo que el paciente se trata con antibióticos - y se insiste en la higiene oral.

INDICACIONES.-

- 1.- Cita en una semana
- 2.- Higiene oral cuidadosa
- 3.- Eritromicina cápsulas 500 mg.

Estado general bueno, herida totalmente cicatrizada sin huellas de infección, notándose induración en la herida por lo que se indica masaje y se cita en 2 semanas, el resultado histopatológico fué de GRANULOMA DE LABIO INFERIOR.

Se encuentra el paciente en buenas condiciones de salud por lo que se dió de alta mandándose a su clínica - para control de caries.

DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO.- Especimen fusiforme de color blanquesino con área central amarilla que mide 1.3- X 0.6 X 0.3 cm., al corte se identifica un nódulo de 1.0- X 0.2 cm. se seccionan 3 fragmentos que se incluyen en una sola cápsula.

DESCRIPCION DE CARACTERES MICROSCOPICOS: Se distinguen -
acentuadas conformaciones de vasos sanguíneos en seno de-
tejido conjuntivo laxo infiltrado, con abundantes leuco -
citos, neutrofilos y revestida esa malformación por epi -
telio plano estratificado con exostosis ulcerada.

CASO No. 6

NOMBRE: L.R.B.

EDAD : 15 Años.

OCUPACION: Escolar.

SEXO: Femenino.

DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGIA.

Peso: 48.500 Kg.

Talla: 155 cms.

Temp : 37°C.

Adolescente femenina de 15 años de edad, referida con la forma 4-30-8 de la clínica No. 7 para valoración - "Inclusión de Supernumerarios inferiores izquierdos".

ANTECEDENTES FAMILIARES.- Los patológicos son negados.

ANTECEDENTES PERSONALES.- Hemangioma periférico - (Mancha de vino) en la hemiarcada izquierda; así como asimetría facial por hipoplasia del cuerpo mandibular de origen congénito.

PADECIMIENTO ACTUAL .- Es consulta por caries-- dental; su Dr. particular le recomendó estudio de radio - grafías extraorales observando dientes no erupcionados y-

la canaliza a éste centro.

EXAMEN EXTRAORAL.- Inspección.- Hemangioma periférico uno en mentón de predominio izquierdo, otro en región labial superior, asimetría facial por hipoplasia del cuerpo mandibular izquierdo.

EXAMEN INTRAORAL.- Mucosas orales, en el surco gingivo vestibular de la región de los incisivos inferiores se observa red venosa anormal posible infiltración hemangiomas, así como aumento de volumen a expensa del cortical externo de la zona de canino, de origen óseo, semi regular, indolora.

Dentición persistencia de algunos temporales. Se solicita auxiliar de diagnóstico radiografía PA. Lateral de mandíbula izquierda.

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO.- Quiste Dentigero en zona de hemangioma periférico, hemangioma central.

Canino inferior izquierdo críptico.

DIAGNOSTICO.- Probable fibroma ameloblastico canino críptico.

TRATAMIENTO.- Extirpación tumoración y odontectomía.

PRONOSTICO .- Favorable para la vida y función.

DEPARTAMENTO.- DE ODONTOLOGIA.

Bajo anestesia general por intubación nasotraqueal, previa asepsia y antisepsia y colocación de campos operatorios de la manera habitual se procedió a realizar incisión en encía marginal contorneado los cuellos de los órganos dentarios inferiores que abarcó de premolares derechos a los izquierdos, se levanta colgajo mucoperiostico-observando abombamiento de la cortical externa a nivel de mentoniano a la izquierda de la línea media, por lo que se desecha mediante cucharilla de lucas, encontrando masa tumoral de color blanquesino de 4 cms. de diámetro, por lo que se retira en su totalidad, legrando la cortical interna dejando macroscópicamente hueso sano.

Posteriormente se realiza osteotomía a nivel de región para efectuar la odontectomía de canino críptico el cual se realiza su exeresis mediante elevadores y forceps adecuados. Se legra perfectamente la cavidad y se envía la muestra de tumoración de anatomía patológica como transoperatorio los cuales reportaron lesión fibrosa benigna.

Durante el acto operatorio presentó hemorragia endentario inferior, por lo que se cohibió mediante el empaque de cera para hueso y se le transfundió transoperatoriamente 300 ml. de sangre solicitada.

En la cavidad ósea se deja que forme coágulo, se coloca el colgajo en su lugar y se sutura con Catgut crómico 3-0 se termina la operación en hueso, condiciones locales y generales de la paciente (son buenas).

DIAGNOSTICO.- Probable Fibroma Ameloblastico y canino criptico.

TRATAMIENTO.- Extirpación Tumoración y Odontectomía.

PRONOSTICO .- Favorable para la vida y función.

INDICACIONES:

- 1.- Vigilar signos vitales y sangrado oral.
- 2.- Analgésicos condicionados al dolor.
- 3.- Dicloxacilina cápsulas 250 mg. 2 c/6 hrs.
- 4.- Dieta líquida en cuanto la tolere el paciente.
- 5.- Para recuperar pérdida de electrolitos se efectúa venoclisis con solución glucosada al 5% - 250 ml.
- 6.- Aplicar hielo en área intervenida.

DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO.

EDAD.- 18 Años.

FECHA.- 25-VIII-78

DATOS CLINICOS.- FIBROMA CEMENTIFICANTE.

DESCRIPCION DE LOS CARACTERES MACROSCOPICOS.- Múltiples fragmentos de tejido de forma irregular que pueden ser contenidos en un volumen aproximado de 1.5 cm, la mayoría

corresponden al hueso de color blanquesino, firmes y en algunas áreas son de color rojizo, se dejan en descalcificación.

DESCRIPCION DE LOS CARACTERES MICROSCOPICOS.- La lesión consiste en acúmulos de tejido fusocelular uniforme, bien diferenciado, con islas de trabéculas óseas mineralizadas; no existe actividad osteoblástica u osteoclástica en los márgenes de lesión; en los fragmentos de tejido además se reconoce un fragmento de epitelio escamoso estratificado, con hemorragia intersticial en el estroma subyacente por los fragmentos de glándula salival.

DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO.- (Fibroma cementificante).
(cementoma).

CASO No. 7

HISTORIA CLINICA GENERAL

NOMBRE: S.A.S.

OCUPACION: Escolar.

EDO. CIVIL: Soltero.

EDAD : 12 Años.

SEXO : Masculino.

INFORMANTE: Madre; Julia Ma. Aranda de Salas. (indirecto)

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES: Padre vivo 42 años de edad, escolaridad 4o. año de primaria, trabaja en los transportes eléctricos (aseador) Ingreso semanal \$ 750.00 aportado a su hogar, etilismo ocasional, tabaquismo ocasional (se encuentra aparentemente sano).

Madre.- Viva de 35 años de edad, escolaridad 4o. - año de primaria, se dedica al hogar G-7 P-6 A-1. Actualmente vivos los 6 Hijos, etilismo ocasional, tabaquismo - negativo (aparentemente sana).

Abuelos Paternos.- Sr. Vivo 68 años se encuentra - aparentemente sano.

Abuelos Maternos.- Sra. viva de 68 años se encuentra aparentemente sana Sr. vivo de 54 años se encuentra - aparentemente sano.

PERSONALES NO PATOLOGICOS.- Paciente de sexo masculino - producto del 4o. embarazo a término atendida por empírica,

con respiración y llanto inmediato niega cianosis e ictericia, peso al nacer 3.500 kgs.

Alimentación.- Leche materna durante 1 año, ablactación a los 3 meses. Actualmente desayuna café negro, pan, leche, carne 2 veces por semana.

Desarrollo Psicomotriz; empezó a caminar al año; erupción de los primeros dientes a los 8 meses.

Inmunizaciones completas.

Higiene personal con baño y cambio de ropa cada 3er día, casa habitación (casa propia) construcción de tabique con techo de cartón habitan 6 personas, viven en hacinamiento, cuentan con una sola recámara, tienen luz y drenaje.

PERSONALES PATOLOGICOS: De las enfermedades propias de la infancia padeció sarampión, varicela a los diez años, parotiditis a los 6 años.

Antecedentes Quirúrgicos interrogados y negados, refiere que hace 6 meses lo mordió un perro, después padeció cefaleas frecuentes, últimamente han desaparecido.

PADECIMIENTO ACTUAL: Paciente de sexo masculino de 12 años de edad que es remitido de su clínica de adscripción No. 31 por presentar pápilas a nivel de labios, de aspecto verrugoso, no dolorosa a la palpación, no sangrantes, de coloración rosa pálido, el inicio de este padecimiento es de 1 año, a la fecha no ha presentado otra sintomatología, las lesiones son pediculadas.

APARATOS Y SISTEMAS: RESPIRATORIO.- Sin Dato Patológico;-
Circulatorio.- Sin Dato Patológico. Nervioso.- Se sobre -
salta por las noches, sueño inquieto, Endocrino.- Sin Da-
to Patológico Genitourinario.- Sin Dato Patológico Muscu-
lo esquelético.- Sin Dato Patológico.

APARATOS Y SISTEMAS: RESPIRATORIO.- Sin Dato Patológico,-
Circulatorio.- Sin Dato Patológico. Nervioso.- Se sobre-
salta por las noches sueño inquieto, Endocrino.- Sin Dato
Patológico Genitourinario.- Sin Dato Patológico. Músculo-
Esquelético.- Sin Dato Patológico.

EXAMENES PREVIOS.- Biometria Hemática, General de orina -
108 ph. 5

Hemoglobina.- 13.3 g%

Hematocrito.- 42 Ml.%

Tromboplastina Parcial.- 40 g".

Plasma.- 11 4 seg 100%.

TERAPEUTICA MEDICA.- Ninguna'

EXPLORACION FISICA.- Peso actual 27.200 Kg. Peso Habitual
26.00 Kg. Estatura 1.30 Mts, Pulso 75 X min, Presión Ar -
terial 110/70, Temperatura 36°C, Respiraciones 18 X minu-
to.

INSPECCION GENERAL.- Paciente de edad aparentemente de a-
cuerdo a la cronología, con actitud y posición libremente
escogida. Bién orientado en las tres esferas de la con -

ciencia. Cooperador, sin facies características, marcha rítmica y bien conformado, de complexión delgada.

Cabeza.- Normocéfalo, sin hundimientos ni exostosis, con pelo bien implantado, ojos simétricos, pupilas--insocóricas y normorefléxicas, oídos y nariz normales.

Cavidad Oral.- Labios Hidratados, en la mucosa de los labios se observan unas lesiones pediculadas indoloras a la palpación no sangrantes de coloración rosa pálido, también presenta en el labio superior pero menos abundantes. Encías, paladar duro y blando, pilares anteriores, carrillos, piso de boca de aspecto, coloración y texturales normales, órganos dentarios con lesiones cariosas no penetrantes y obturaciones en molares superior e inferior. Movimientos de la Articulación Temporo Mandíbular, aparentemente normales, oclusión clase 1.

Cuello.- Cilíndrico, sin adenomegalias ni puntos dolorosos, traquea céntrica y móvil, se palpa pulso carotídeo similar al radial.

Abdómen.- Blando y depresible normal.

Genitales, extremidades y columna vertebral (Normales).

Aparentemente normal. Oclusión clase 1, articulación temporomandibular aparentemente normal.

El día de hoy bajo anestesia local se procedió a efectuar la excisión bipsia de la lesión más pediculada del labio inferior (Mucosa de los lados derechos e izquierdos).

DIAGNOSTICO.- Probablemente papiloma

TRATAMIENTO.- Según a determinar por el resultado-anatomo patológico.

Paciente masculino de 12 años de edad el cual presenta las lesiones descritas en el padecimiento actual, - el día de hoy se recibe el resultado histopatológico que es compatible con papilomas. Debido a la extensión y el sitio en que se encuentran las lesiones no es operable. - Aunque muchas veces las lesiones de ese tipo se ha visto que han remitido por si solas. Se decide instituir tratamiento paliativo utilizando un antiqueratinizante utilizando en oftalmología IDOXURIDINA colirio al 0.1% en aplicación tópica una vez al día se cita el día 18-I-79.

DIAGNOSTICO.- Papilomatosis

TRATAMIENTO.- Paliativo (Antiqueratinizante).

PRONOSTICO .- Se espera favorable.

Acude a revisión, se encuentra en las mismas condiciones que cuando acudió a consulta por primera vez la madre refiere que no le fué aplicado el medicamento prescrito. Se cita el día 10-11-79 y se indica que le apliquen el antiqueratinizante colirio al 0.1% aplicación tópica una vez al día (IDOXURIDINA).

Acude a consulta a revisión de lesiones papilomatosas, refiere discreta mejoría a la inspección bucal observamos las lesiones igual que la primera vez, continúa-

en las mismas condiciones por lo que se le dá la misma te
rapéutica.

Acude el paciente con posible papilomatosis; la ma-
má del niño refiere que le han aparecido nuevas lesiones-
en lengua sobre todo en los bordes.

Se le continúa con el mismo tratamiento y se le da
cita.

Se presenta paciente citado por nuestro servicio -
para toma de biopsias y el día de hoy las lesiones se ob-
servan ya en los carrillos de ambos lados y en los luga -
res de anterior presentación.

Bajo anestesia local por infiltración local de Xi-
locaina con epinefrina al 2% en ambos nervios bucales, se
efectúan biopsias de ambos lados de la mucosa labial, to-
mando tanto tejido sano como patológico, las biopsias mi-
den aproximadamente 1 X 5 cms, se fijan en formol y se -
etiquetan, las heridas dejadas se suturan con catgut 3 ce -
ros en puntos aislados; el paciente se retira en buenas -
condiciones de salud y se le cita para consulta posterior.

INDICACIONES.- Se le administra dimetilpirazolona-
condicionada al dolor.

Se presenta paciente para tomar biopsia, bajo anes -
tesia local de Xilocaina con epinefrina al 2% en mucosa -
del labio superior del lado izquierdo, se procede a efec-
tuar biopsia excisional en dicha zona de aproximadamente -
1 X 5 cms. Se coloca biopsia tomada en gasa enpapada con-
solución llevándose inmediatamente al hospital generalmen -

te para estudio de microscopía eletrónica, se sutura la herida con catgut crómico 3 ceros con puntos aislados, se retira el paciente en buenas condiciones generales y locales, se cita para iniciar tratamiento mediante Levamisol.

Aún sin resultado de las biopsias realizadas el día de hoy se solicita interconsulta al servicio de genética, ya que este tipo de padecimiento hiperplasia epitelial focal se presenta primordialmente en la raza indígena.

SERVICIO DE GENETICA: No existen antecedentes de consanguinidad de los padres, ni antecedentes del padecimiento en la familia, no conocemos que este tipo de padecimiento sea transmitido con algún tipo de herencia.

Enterados de la nota de servicio de Genética, se examina al paciente, las lesiones localizadas en cavidad oral, se encuentran en las mismas condiciones, no refiere ninguna mejoría, se cita en un mes, continúa con el mismo medicamento.

Acude a consulta, continúa en las mismas condiciones solo las lesiones de la arcada superior han remitido, se dejará 5 días más con la misma medicación, para posteriormente reobturar órganos dentarios que presentan obturaciones con amalgama (cambiar a resina sintética).

Se elimina amalgama de primer molar inferior derecho y se coloca curación de cemento de Wards, se realizó este procedimiento debido a que la literatura ha reporta-

do que este tipo de problema es producto probablemente - por la sensibilidad a los metales. El paciente deberá con tinuar tomando Levamizol.

El paciente continúa en las mismas condiciones, - las lesiones papilomatosas exacerbadas sobre todo las de las comisuras labiales, se cita a revisión nuevamente. - (continúa con Levamizol).

Se presenta paciente para control, continúa en las mismas condiciones, continúa su tratamiento con Levamizol, se le coloca curación de cemento de Wards en el primer mo lar inferior derecho. Se le cita en un mes para control.

Sergio no acude a consulta, y al parecer no podrá - asistir más por problemas de tipo familiar, según decla - raciones de la informante.

C C N C L U S I O N E S

Lo enunciado en este trabajo habla solo de algunas de las tantas enfermedades que pueden llegar a presentarse en la cavidad oral y que para su identificación y tratamiento se ponen en juego los conocimientos existentes en el campo de la Odontología, sin olvidar en esto la preocupación que se requiere del Odontólogo para adentrarse en el problema del paciente y resolverlo como propio, pues creo que es una de las formas que podemos adoptar para resolver un caso clínico.

Dentro de los casos clínicos presentados pude observar algunos detalles muy importantes que creo debo hacer resaltar, como es el hecho de que se presentaban pacientes que contaban con 9 años de edad y ya se encontraban en condiciones bucales en un estado deprorable pues se observaban infinidad de focos infecciosos debido a la alta incidencia de caries la cual había destruido los primeros molares permanentes, siendo que estos erupcionan entre los 5 y 6 años de vida, y todo esto únicamente porque estos infantes no recibían una pequeña orientación acerca del valor que representa el realizar a diario un buen aseo bucal a base de cepillo y pasta dental, aseo que no requiere más que de uno a dos minutos máximo de tiempo cambiando esto por no se cuantos meses o años de padecimiento y sufrimiento.

Es también de gran valía hacerle ver al paciente la importancia que representa el acudir al Cirujano Dentista en cuanto se presente cualquier anomalía en la boca como puede ser (cambio en cuanto a forma de los tejidos -

bucales, dolor localizado en una región, cambio de coloración de alguna zona de la cavidad oral, disminución de las funciones normales durante la masticación, deglución o al momento del habla etc.).

El profesionalista debe tener la capacidad de orientar al paciente o en su caso otorgar tratamiento adecuado a tiempo, tratamiento que debe empezarse desde su fase más incipiente hasta su fase más avanzada sin antes haber elaborado una valiosa historia clínica, una minuciosa auscultación complementada ésta con exámenes de laboratorio y en caso de sospecha de tumoración solicitar el Servicio de Anatomía Patológica, ya que ésta representa un importantísimo y definitivo papel para la identificación y diagnóstico exacto de una enfermedad.

Otro de los aspectos que debemos abarcar es el vigilar toda lesión por pequeña que esta sea desde que la visualizamos y palpamos hasta que damos un tratamiento adecuado y posteriormente a esto es elemental el darle al paciente con toda calma y dejar bien claras y entendibles las indicaciones post-operatorias que debe seguir para evitar posibles reinfecciones que nos pueden llevar al fracaso del tratamiento.

Cuando nos encontramos con un caso clínico fluctuante entre las edades de los trece a los quince años notamos que resulta un caso difícil, por la sencilla razón de que es una edad en que aún podemos encontrar órganos dentarios temporales, dientes supernumerarios, anomalías de crecimiento o erupción dentaria, cambios de coloración en tejidos blandos, alteraciones de fonación etc.,

y todo este tipo de circunstancias nos llevan en ocasiones a realizar una mala impresión diagnóstica ya que hay padecimientos que suelen ir asociados a las estructuras dentarias, dientes retenidos o tejidos blandos y si no tenemos la curiosidad y paciencia necesaria para realizar una buena exploración física con una suficiente iluminación y un extenso estudio radiográfico tendremos el problema de uno de los casos clínicos en el que se dudó de que padecimiento se trataba y se estaba cometiendo un error en el diagnóstico definitivo y por consecuencia resultaba un tratamiento equivocado, que a corto y largo plazo nos va a resultar de serias consecuencias tanto para el paciente como para nosotros en particular.

Y de manera definitiva yo soy de la idea de que cualquier paciente que se presente con nosotros una vez que se le dió a conocer su diagnóstico y su tratamiento, debemos tener una plática muy seria ya sea con el paciente directamente o con sus familiares en caso de que se trate de un infante, para hacerles ver a estos la importancia que representa para nosotros el llegar a la curación definitiva del enfermo, pues como caso clínico resulta interesante desde el punto de vista médico, pero también le damos importancia al aspecto humano pues nos interesa el bienestar del paciente y no tenemos porque descuidar nosotros nuestra parte que nos corresponde ni los familiares la suya, toco este punto porque hay casos en los cuales llevamos un 60% de adelanto en nuestro tratamiento y de un momento a otro el paciente o los familiares de este deciden no acudir más a consulta o no llevar a su enfermo para terminar el tratamiento ya encaminado y que en medio de todo este tratamiento intentamos variantes y estamos al pendiente de que todo se lleve a cabo

teniendo la certeza de que vamos a tener éxito pero que -
pasa cuando el paciente ya no se presenta más, todo lo -
que habíamos construido se derrumba y de la forma más sim-
ple, desgraciadamente no en todos los casos se cuenta con
el apoyo del paciente o familiares porque posiblemente es
tán ajenos a lo que vamos a realizar o estamos realizan -
do, pero si antes tenemos con ellos una comunicación más-
directa y les hacemos ver que también ellos son importan-
tes en cada uno de los casos que se presentan, tengo la -
certeza de que vamos a trabajar con más confianza y vamos
a ampliar nuestro horizonte de trabajo, teniendo y resol-
viendo a favor la mayoría de los padecimientos que se nos
presentan a diario dentro de nuestra práctica dental.

Aunado a todo esto, dentro de los casos clínicos -
se intentaron variantes en los tratamientos que se lleva-
ron a cabo como lo son, la administración de la tetraci-
clina las cuales tienen cierta ventaja en su aplicación -
como son el poseer cierta afinidad para tratar los teji -
dos necróticos y neoplásicos, lo que ha sido utilizado -
con fines diagnósticos.

Son utilizadas para poner de relieve la existencia
de neoplasias. En las células obtenidas a partir del tu -
mor pueden ser fácilmente identificadas gracias a su fluou-
rescencia.

Estas también cuentan con su desventajas al ser -
utilizadas ya que como consecuencia de su administración-
prolongada tienen tendencia a depositarse en los tejidos-
calcificados, especialmente en los dientes por ser allí -
más lento el metabolismo de este elemento llegando a pro-

ducir manchas amarillentas en los dientes e incluso en las uñas, especialmente en el feto, en el recién nacido y hasta la edad de los seis años.

Pueden estimular el crecimiento de algunas levaduras, temporalmente suprimen la flora normal del intestino. Su efectividad terapéutica se encuentra limitada por la aparición de superinfecciones, pues mientras se suprime a un microorganismo, se permite a otro que crezca libremente y produzca enfermedad. Esto ocurre particularmente con *Pseudomonas*, *proteus*, estafilococos y levaduras resistentes a la tetraciclina.

Otro medicamento usado es la IDOXURIDINA (5 yodo deoxiuridina) (IDU) cuyo mecanismo de acción es el de poseer un análogo estructural del nucleosido Timidina introducido primero como compuesto antineoplásico y que posteriormente se mostró activo como droga antivírica inhibiendo la síntesis del Acido Desoxirribonucleico que en competición con la timidina, se incorpora a las partículas víricas del Acido Desoxirribonucleico conduciendo así a la formación de un ácido nucleico fraudulento que provoca errores de transcripción al formar el correspondiente Acido Ribonucleico mensajero. La Idoxurina para ser activa tiene que ser instalada directamente sobre la lesión, se emplea por tanto en solución o pomada oftálmica al 2:1000 aplicada cada hora la solución o cuatro veces al día la pomada.

Otros numerosos virus si tienen Acido Desoxirribonucleico resultan sensibles a la idoxuridina, la dificultad esencial de su empleo deriva de la necesidad de que llegue a concentraciones suficientes a nivel de la lesión

sin que afecte las células normales del organismo. Actualmente se están ensayando derivados más estables como el compuesto Citosin-ara-binósido o Citarabina en el que el componente no fisiológico es el glícido que ha sido igualmente ensayando con él cierto éxito en la queratitis herpética y que se emplea asimismo como antineoplásico.

Una medida más que se tomó fué en un paciente que presentaba papilomatosis que prefirió efectuar odontoplas^utías con resina y eliminar las obturaciones a base de amalgama, pues se han reportado casos en los cuales la absorción de metales y el depósito de sales correspondientes en tejido gingival alteran la circulación y la nutrición de las encías y las papilas interdentarias lo cual ocasiona la invasión secundaria por la flora bucal existente en cavidad oral, incluyendo los microorganismos de tipo fusoespiroquetarios.

Existe además un peligro profesional en relación con el uso de alia^uciones de amalgama dental, pues los problemas reportados a consecuencia de esto es el ocasionar una dermatitis aunada con la estomatitis que acompañan a veces la colocación de este tipo de obturaciones constituye una reacción alérgica a este elemento más que una intoxicación verdadera, observando hinchamiento repetido de cara después de la obturación con amalgama.

A consecuencia la hipersensibilidad de los tejidos bucales de responder al mercurio contenido en las obturaciones metálicas, Bass señaló hinchamiento circunbucal, erupción maculosa en labios y mejillas, temperatura superior a 39°, sequedad bucal, acompañado todo esto de tras-

torno gástrico y agitación.

Es por esto y casos encontrados recientes que se -
toma la medida de cambiar las obturaciones con amalgama -
por restauraciones a base de resinas acrílicas ya que es-
tas son menos sensibilizantes para los tejidos bucales. -
El aspecto más importante del tratamiento es la supresión
del contacto entre la mucosa y el agente sensibilizante.

B I B L I O G R A F I A

- Zegarelli Edward. DIAGNOSTICO EN PATOLOGIA -
ORAL
Edición Salvat. Barcelona,-
España.
- Thoma. PATOLOGIA BUCAL
México 1971.
- William G. Shafer. TRATADO DE PATOLOGIA BUCAL.
Edición Interamericana Ter-
cera Edición 1977.
- Vos Hermann y Robert Herri-
linger. ANATOMIA HUMANA
Edición el Ateneo Buenos -
Aires 1968.
- Humberto Aprile ANATOMIA ODONTOLOGICA ORO -
CERVICOFACIAL Edición el -
Ateneo Buenos Aires 1971.
- Tomás Velázquez. ANATOMIA PATOLOGICA DENTAL-
Y BUCAL.
- Ries Centeno. CIRUGIA BUCAL.
Edición Hispanoamericana.
- Kruger CIRUGIA BUCAL
Edición Interamericana -
Primera Edición.

- Bazerque Pablo. FARMACOLOGIA ODONTOLOGICA
Edición Mundi. Buenos Aires 1976.
- Orban Balint. HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA BUCO DEN-
TAL, Edición Labor. Buenos Aires.
- Burket Lester W. MEDICINA BUCAL, DIAGNOSTICO Y TRA-
TAMIENTO. Edición Interamericana -
México, sexta Edición 1973.
- Oral Surgery. ORAL ABSTRACTS.
- Ortodoncia EMBRIOLOGIA Y DESARROLLO BUCAL
Vicent de Angelis.